
Een inspirerende kijk op de beeldvorming over personen met psychische problemen

Een inspirerende kijk op de beeldvorming over personen met psychische problemen

Instituut voor Mediastudies
KU Leuven

Fonds Julie Renson
—
Koningin Fabiolafonds

 Koning
Boudewijnstichting
Samen werken aan een betere samenleving

COLOFON

Een inspirerende kijk op de beeldvorming over personen
met psychische problemen

Cette publication est également disponible en français sous le titre:
*'(Se) représenter autrement les personnes avec des troubles psychiques /
Analyser – nuancer – déstigmatiser'*

Een uitgave van de Koning Boudewijnstichting,
Brederodestraat 21
1000 Brussel

AUTEURS

Baldwin Van Gorp, PhD
Bart Vyncke, MSc
Jona Vergauwen, MA
Tim Smits, PhD
Tom Vercruysse, PhD
Elisabeth Vroonen, MA
Instituut voor Mediastudies, KU Leuven

COÖRDINATIE VOOR DE KONING BOUDEWIJNSTICHTING

Gerrit Rauws, Directeur
Tinne Vandensande, Senior programmacoördinator
Prabhu Rajagopal, Senior projectcoördinator
Yves Dario, Senior projectcoördinator
Pascale Prête, Project and knowledge manager

GRAFISCH CONCEPT

Salutpublic

VORMGEVING

TiltFactory

PRINT ON DEMAND

Manufast-ABP vzw, een bedrijf voor aangepaste arbeid
Deze uitgave kan gratis worden gedownload van onze website www.kbs-frb.be
Deze uitgave kan (gratis) besteld worden : on line via www.kbs-frb.be

WETTELIJK DEPOT

D/2893/2017/01

BESTELNUMMER

3466
Januari 2017
Met de steun van de Nationale Loterij

INHOUDSTAFEL

Samenvatting	7
Inleiding.....	11
Framing als een manier om klaarheid te scheppen.....	13
De media onder de loep.....	21
Een inductieve en deductieve frame-analyse	21
Steekproef en analysemateriaal	21
Analyseprocedure.....	22
Workshops, interviews en focusgroepen.....	23
Van abstract naar concreet	23
Twaalf manieren om naar psychische aandoeningen te kijken.....	25
Het overzicht	25
Vijf problematiserende frames.....	26
Evaluatie: Schuldigen en slachtoffers.....	33
Zeven deproblematiserende counterframes	34
Evaluatie	44
Volstrekt normaal?.....	44
Helden, hulp en herstel.....	44
Discussie	46
Het framegebruik in de Belgische pers	50
Communiceren over kinderen en jongeren met een psychische kwetsbaarheid.....	52
De relatie tussen de frames en prototypes uit fictie	55
Het potentieel van de counterframes getoetst bij het brede publiek	61
Een experiment bij duizend Belgen	61
Inzetten op Zelfcontrole en De tocht	61
Invulling geven aan ‘het concrete geval’	62
De vragen.....	65
De resultaten.....	67
Opmerkelijke verschillen tussen Nederlandstaligen en Franstaligen	67
Voluit gaan voor ‘De tocht’	70
Besluit	72
De beeldvorming in de geestelijke gezondheidszorg:	
diepte-interviews met professionals.....	73
Een gerichte bevraging in de Netwerken Geestelijke Gezondheidszorg.....	73
Selectie van de interviewees	73
Opbouw van de diepte-interviews en methodologische overwegingen	74
Resultaten.....	75
Angst voor het onbekende: wie moet er voor wie bang zijn?	76
Zelfcontrole: wilskracht als een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde	79
Het monster: een uiting van onmacht en lijdensdruk.....	82
De zwakste schakel: de sector als potentieel verzwakkende factor	83
Een gemakkelijke prooi: de cliënt in het web	85
Het bijzondere: creatieve energie	87
Een gebroken been: is een psychische aandoening een ziekte zoals elke andere?	89
De tocht: tochtgenoten en nieuwe wegen	91
Een mozaïek: normaal, maar niet banaal	93
Een aardverschuiving: de ‘balk’ als alternatieve metafoor	94
De ongenode gast: een bruikbaar beeld	96
De kanarie in de mijn: de rol van een ziekmakende samenleving	97
Besluit	98

Tien vuistregels voor een genuanceerde communicatie over mensen met een psychische aandoening	101
1. Ieder frame is fout, ieder frame is correct	101
2. De twaalf frames houden een spiegel voor	101
3. Met het oog op destigmatisering hebben counterframes het grootste potentieel	101
4. Nomen est omen	102
5. Verhalen moeten ergens naartoe leiden	102
6. Kinderen en jongeren met een dubbele kwetsbaarheid	103
7. Over de rol van de geestelijke gezondheidssector	103
8. Over de rol van de media	103
9. Over de rol van de samenleving	104
10. Over de rol van de directe betrokkenen	104
Besluit	105
Bronverwijzingen	107
Bijlagen	111
Bijlage 1 - Framematrix.....	112
Bijlage 2 - Vragenlijst die werd gebruikt in het experiment.....	116
Bijlage 3 - Interviewgide zoals gebruikt met GGZ-professionals	120

SAMENVATTING

Hoe de samenleving met psychische aandoeningen omgaat, kan een grote invloed hebben op het ontstaan, de behandeling en het herstel van deze aandoeningen. Aangezien bijna een derde van de Belgische bevolking aangeeft psychische problemen te hebben, is iedereen op de een of andere manier betrokken partij. Openlijk spreken over psychische aandoeningen is echter niet vanzelfsprekend. Het thema zit nog in de taboesfeer en wordt als complex ervaren. Deze ‘ervaring’ is ook een collectief en cultureel gegeven: verschillende maatschappelijke denkbeelden of frames bepalen hoe psychische aandoeningen geïnterpreteerd worden.

Een eerste deel van het voorliggende onderzoek had tot doel om deze culturele denkbeelden over psychische aandoeningen in kaart te brengen. Uit een inductieve framinganalyse van een uitgebreide staal van onder meer de Belgische nieuwsberichten, romans en speelfilms, getoetst met expertinterviews en focusgroepen, kwamen vijf problematiserende frames en zeven deproblematiserende counterframes naar voren.

De vijf problematiserende frames uit het onderzoek zijn *Angst voor het onbekende*, *Zelfcontrole*, *Het monster*, *De zwakste schakel* en *Een gemakkelijke prooi*. Volgens het frame *Angst voor het onbekende* zijn personen met een psychische aandoening te wantrouwen, omdat ze een gevaar voor de samenleving vormen. Het frame *Zelfcontrole* legt de oorzaak bij de directe betrokkene, die zelf onvoldoende wilskracht zou hebben om komaft te maken met zijn of haar psychische problemen. *Het monster* is een frame dat psychische aandoeningen als een duistere kracht voorstelt die het individu voortdurend terroriseert. Het frame *De zwakste schakel* stelt iemand met een psychische aandoening als een probleemgeval voor, als iemand die niet mee kan. *Een gemakkelijke prooi* beschouwt personen met een psychische aandoening dan weer als een speelbal in de handen van oneerlijke individuen en farmaceutische bedrijven. Wat deze denkbeelden gemeen hebben, is dat personen met psychische aandoeningen als een ‘probleem’ belicht worden.

De zeven deproblematiserende counterframes zijn als volgt aangeduid: *Een mozaïek*, *Het bijzondere*, *Een gebroken been*, *De ongenode gast*, *De tocht*, *Een aardverschuiving* en *De kanarie in de mijn*. Het counterframe *Een mozaïek* deproblematiseert psychische aandoeningen door deze te herleiden tot slechts één aspect van een (rijke) persoonlijkheid. *Het bijzondere* stelt dat psychische aandoeningen gelinkt kunnen worden aan uitzonderlijke capaciteiten. Het counterframe *Een gebroken been* dedramatiseert psychische aandoeningen door ze op gelijke voet te plaatsen met ‘normale’ (en dus behandelbare) somatische ziektes, terwijl *De ongenode gast* stelt dat mensen kunnen leren om met een psychische aandoening te leven, zodat deze niet meer ‘in de weg zit’. *De tocht* benadrukt dat de persoon er niet alleen voor staat, maar dat hij of zij op de hulp van begeleiders kan rekenen. Het counterframe *Een aardverschuiving* belicht trauma’s als externe oorzaak van psychische aandoeningen, zodat het individu niet meer ‘verantwoordelijk’ is voor de aandoening. Hetzelfde geldt voor het frame *De kanarie in de*

mijn, dat maatschappelijke tendensen als oorzaak of katalysator van psychische aandoeningen aanwijst.

Een deductieve analyse van nieuwsberichtgeving in de Belgische (Nederlands- en Franstalige) geschreven pers in 2015 liet vervolgens toe om de relatieve frequentie van de genoemde frames en counterframes te onderzoeken. De drie meest voorkomende frames zijn allen problematiserend van aard, waarvan er twee bovendien sterk stigmatiserend zijn: *De zwakste schakel* (13,4%), *Angst voor het onbekende* (13,2%) en *Het monster* (13,1%).

Een volgende onderzoeksfase betrof een experiment. Bij dat experiment werd een gemanipuleerd nieuwsbericht over een specifieke aandoening (postnatale depressie) aan een representatieve steekproef van duizend volwassen Belgen voorgelegd, gecombineerd met een vragenlijst. Zo was het mogelijk om het effect van framing op de attitudes van het brede publiek na te gaan. Wie strategisch gebruik wil maken van frames in communicatie, om het taboe en het stigma rond psychische aandoeningen te verminderen (dagdagelijks, niet enkel via campagnes), kan immers niet om de vraag heen wat ‘werkt’. In het experiment werden het frame *Zelfcontrole*, het counterframe *De tocht* en een combinatie van beide perspectieven getoetst. Waar het frame *Zelfcontrole* ertoe leidt dat de respondenten significant meer ‘schuld’ toekennen aan het individu, blijkt het counterframe *De tocht* een meer gensensibiliseerde houding als effect te hebben. Het potentieel van *De tocht* verdween echter in combinatie met *Zelfcontrole*. Voor een destigmatiserende communicatie kan bijgevolg op het counterframe *De tocht* ingezet worden.

Een verdere onderzoeksfase betrof een interviewstudie bij 36 professionals in vier Belgische netwerken geestelijke gezondheidszorg. De diepte-interviews maakten het mogelijk om het framegebruik door professionals en het praktische potentieel van de (counter)frames te onderzoeken. De verschillende zorgpartners werden betrokken, zoals gespecialiseerde hulpverleners (psychologen, psychiaters, ...), eerstelijnszorgers (huisartsen, thuisverpleegkundigen, ...) en professionals die actief zijn in de sector socio-professionele re-integratie, wonen of welzijn.

De professionals uit de sector bleken in de context van het interview zowel problematiserende frames als deproblematiserende counterframes te gebruiken. Voor elk (counter)frame bleken er in de zorgcontext specifieke aandachtspunten te bestaan, die vaak ook gezien kunnen worden binnen de geleidelijke evolutie van zorg in de psychiatrie naar zorg in de maatschappij. Het frame *Angst voor het onbekende* kan bijvoorbeeld bij de diagnose (het label) ‘borderline’ het denken van professionals gaan bepalen. *Zelfcontrole* leek vooral een problematiserend denkbeeld van de meritocratische samenleving, terwijl *Het monster* het denken van de persoon met een psychische aandoening zelf bepaalt. *De zwakste schakel* kan een probleem in de sector vormen in zoverre dat het frame, vanuit een klassieke visie op zorg, ertoe kan leiden dat de capaciteiten van zorgbehoevenden onderschat worden. *Het bijzondere* zou onmogelijke verwachtingen (‘genialiteit’) oproepen. Het frame *Het gebroken been* bleek controversieel, omdat het frame een duale visie op ziekte en gezondheid oproept, waarin de geestelijke gezondheidszorg mensen dient te ‘genezen’, wat een problematisch verwachtingspatroon is. Het counterframe *De tocht*, daarentegen, bleek niet alleen een groot

metaforisch potentieel te hebben, maar bleek ook goed aan te sluiten bij een hedendaagse visie op geestelijke gezondheidszorg.

Uit de onderzoeksresultaten zijn adviezen afgeleid voor communicatie over psychische aandoeningen. Frames en counterframes zijn geen zwart-witverhaal: elk perspectief bevat een kern van waarheid, maar om genuanceerd te communiceren, dienen verschillende invalshoeken aan bod te komen. Het onderzoek kan als een spiegel dienen voor professionals (uit de media en geestelijke gezondheidszorg) en leken om de eigen communicatie tegen het licht te houden. Counterframes hebben het grootste potentieel om psychische aandoeningen te deproblematiseren en om de clichés die over dit thema bestaan te overbruggen. Dat kan in het bijzonder van belang zijn in communicatie over psychische aandoeningen bij kinderen en jongeren. De media kunnen een partner vormen om het debat over psychische aandoeningen te openen: het sensibiliseren van de samenleving en van directe betrokkenen kan helpen om psychische aandoeningen echt bespreekbaar te maken.

INLEIDING

Het doel van dit onderzoeksrapport is inzicht te bieden in de denkbeelden die er in België bestaan over psychische aandoeningen. De term *psychische aandoening* dekt echter vele ladingen, gaande van schizofrenie over eetstoornis tot dwangmatig handelen en gokverslaving. Afhankelijk van de mate waarin zij het persoonlijke en sociale functioneren van de betrokkene beperken, en afhankelijk van de mate waarin de betrokkene er zelf onder te lijden heeft, zijn ze als ‘ernstig’ te bestempelen. Een behandeling dringt zich in die gevallen dan ook op. Het is echter uitdrukkelijk de bedoeling om de specificiteit van welbepaalde aandoeningen te overstijgen en op zoek te gaan naar de denkbeelden die hen verbindt. Daarom wordt er uitgegaan van een eerder algemene definitie van het begrip. Het gaat hier over iedere psychische aandoening die op te vatten is als een geheel van afwijkende emoties, gedachten of gedragspatronen die onder meer worden gekenmerkt door persoonlijk lijden (Nevid et al., 2012, p. 5).

Een bijkomende moeilijkheid daarbij is om vast te stellen wat precies als *afwijkend* te bestempelen is. Het betreft immers een grens die niet alleen doorheen de tijd verschoven is, maar die eveneens binnen diverse culturen en sociale contexten anders wordt aangevoeld. Tot het einde van de negentiende eeuw was er bijvoorbeeld bijzondere wetenschappelijke belangstelling voor hysterie bij vrouwen. Dat de cultuur evenzeer een rol speelt, blijkt bijvoorbeeld uit hoe verschillend visioenen en het horen van stemmen ervaren wordt. Onder meer bij voodoo-culturen en in het christendom worden deze gezien als een bijzonder deel van de religieuze beleving (Johnson & Friedman, 2008). Zo werd het bedevaartsoord in Lourdes opgericht nadat Bernadette Soubirous in verschillende visioenen de Maagd Maria had gezien. In een geheel andere context en in een ander tijdsgewricht was het jonge meisje mogelijk in een psychiatrische instelling opgenomen. In die zin kan men vaststellen dat een ‘afwijkend’ gedrag ofwel het individu, ofwel de samenleving, kan ‘storen’. Maar in elk geval is het niet mogelijk om een eenduidige definitie toe te kennen aan een psychische stoornis.

Hoe dan ook, het staat vast dat een aanzienlijk deel van de Belgische bevolking vroeg of laat te maken krijgt met psychische problemen. Uit de Gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (Gisle, 2013) gaf 32% van de Belgische bevolking aan tijdens de laatste weken psychische problemen te hebben gekend, en 18% had een reële kans op een psychologische aandoening. Wanneer men de vraag niet beperkt in de tijd, worden deze percentages nog groter: de helft (51%) van de Vlamingen gaf aan ooit zelf al een psychisch probleem te hebben gehad (Coppens, Vermeulen, Neyens & Van Audenhove, 2014). Uit datzelfde onderzoek blijkt dat 91% van de Vlamingen in contact gekomen is met psychische problemen, ofwel persoonlijk, ofwel doordat hij of zij gezinsleden of vrienden kent die psychische problemen hebben (gehad).

Vergeleken met andere Europese landen bevindt België zich met betrekking tot geestelijke gezondheid in de middenmoot: in de Special Eurobarometer 345 (2010) gaf 31% van de Belgen aan zich de afgelopen vier weken soms, meestal of altijd neerslachtig en depressief te hebben gevoeld. België ligt daarmee weliswaar onder het Europese

gemiddelde (34%), maar de inwoners van de meeste buurlanden blijken zich beter in hun vel te voelen. Zo gaf slechts 22% van de Nederlanders en Duitsers aan dat ze zich in de voorbije maand neerslachtig of depressief gevoeld hadden. Verder zei één op vijf Belgen dat ze zich in de voorbije maand soms, meestal of altijd zo in de put hadden gevoeld dat niets hen nog kon opvrolijken. Opnieuw gold dat België weliswaar beter scoorde dan het Europees gemiddelde (26%), maar minder goed dan de meeste buurlanden.

Ondanks dat velen direct of indirect in contact komen met psychische aandoeningen, moet iemand met een psychische beperking niet alleen het hoofd bieden aan de symptomen en de gevolgen ervan (Anthony, 1993). Er zijn ook de stigmatiserende of discriminerende reacties uit de omgeving (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Dit stigma kan verdere negatieve gevolgen hebben. Stigma zorgt niet enkel voor een verlies van eigenwaarde. Het kan evenzeer het sociale leven van de persoon negatief beïnvloeden, en het voor hem of haar moeilijk maken om een huis of werk te vinden (Anthony, 1993; World Health Organization Europe, n.d.). Longitudinaal onderzoek heeft verder uitgewezen dat stigma een negatief effect heeft op de geestelijke gezondheid zelf (Ilic et al., 2013). Met andere woorden, stigma zorgt ervoor dat psychische problemen *erger* worden. Zo staat stigma het genezings- en herstelproces in de weg. Bovendien belemmert dit stigma de maatschappelijke en persoonlijke erkenning en herkenning van psychische problemen (Thys, Struyven, Danckaerts & De Hert, 2014).

Met het oog op de stigmatisering van personen met psychische aandoeningen was het de bedoeling van de onderzoekers om een zo concreet mogelijk idee te krijgen van welke beelden er gehanteerd kunnen worden om aan de stigmatisering van de directe betrokkenen te verhelpen. Het onderzoek spitst zich daarbij toe op de communicatie rond het onderwerp bij het grote publiek, in de media en binnen de geestelijke gezondheidssector in België.

FRAMING ALS EEN MANIER OM KLAARHEID TE SCHEPPEN

De beelden over psychische aandoeningen die gangbaar zijn in de samenleving moeten ergens vandaan komen. Zeker voor wie er geen directe of persoonlijke ervaring mee heeft, vormen de media, en met name de nieuwsberichtgeving, maar eveneens speelfilms en romans een onuitputtelijke bron van informatie en opvattingen over psychische aandoeningen. Daarom dat het eerste deel van het onderzoek zich toespitst op de beeldvorming aangaande psychische aandoeningen in de media. Het kan bijna niet anders of er zitten bepaalde patronen in de representaties, en dat zowel in fictie als in non-fictie. Volgens Byrne (2000, p. 66) vormen de media daarom een goed startpunt om te zoeken naar de beelden die er in de samenleving rond geestelijke gezondheid leven. Ook de reclamewereld hanteert bepaalde beelden over psychische aandoeningen, maar dit domein maakt geen onderdeel uit van het onderzoek.

Uit de in de literatuur beschreven analyses van media-inhouden blijkt dat de gepresenteerde beelden vaak negatief, onjuist en problematiserend zijn. Mensen die aan een psychische stoornis lijden, worden onder meer voorgesteld als onvoorspelbare en gevaarlijke maniakken, of juist als lui en onverantwoordelijk (Klin & Lemish, 2008; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005). Dat er daarbij onder meer gebruik wordt gemaakt van (gender)stereotypen is bijvoorbeeld af te leiden uit onderstaande (historische) voorbeelden. De cover van *Time* uit 1974 gaat over alcoholisme en beeldt een man af als het slachtoffer van de alcohol. Als het gaat over “het beest in de mens” (cover *Knack* uit 1997) is de pervers opnieuw een man en het slachtoffer een vrouw. Bij een thema als schoolangst past blijkbaar weer eerder een afbeelding van een vrouw dan van een man (cover *Humo* uit 2005).

**Figuur 1: cover van *Time*,
22 april 1974 (“Alcoholisme: nieuwe
slachtoffers, nieuwe behandelingen”)**



**Figuur 2: cover van *Knack*,
13 mei 1997 (“Het beest in de mens. Perversie:
Wat is het? Hoe wordt het behandeld?”)**



Figuur 3: cover van Humo, 2 september 2005 ("Terug naar school: Dossier schoolangst")



Om klaarheid te scheppen in de denkbeelden rond psychische problemen, wordt er gebruik gemaakt van het academische concept *framing*. Psychische aandoeningen vertegenwoordigen een bijzonder complex gegeven in de samenleving. Het is waarschijnlijk daarom dat er op heel veel verschillende manieren over gedacht wordt. Ieder denkkader biedt één mogelijke manier, of een 'bril', om naar psychische aandoeningen te kijken. Het onderzoek focust zich op het nauwkeurig in kaart brengen van de verschillende *frames* die daarbij spelen, in de veronderstelling dat ieder frame een mogelijk perspectief of een mogelijke invalshoek biedt om te bepalen wat het hebben van een psychische aandoening betekent. Binnen ieder frame krijgen andere aspecten van dergelijke problemen meer nadruk, terwijl andere buiten het blikveld blijven. Het inventariseren van patronen en het gepuzzel met tekstuele en visuele elementen zullen uiteindelijk resulteren in verschillende, mogelijk zelfs tegenstrijdige definities van exact dezelfde psychische aandoening. Bovendien zullen de oorzaken, gevolgen, het morele oordeel en de oplossingen eveneens wijzigen naargelang het gehanteerde frame (Benford & Snow, 2000; Entman, 1993).

Mensen doen een beroep op frames om een antwoord te krijgen op de vraag: wat is er aan de hand met een persoon die een psychische aandoening heeft? Wat overkomt die persoon, of wat overkomt mij? Omdat frames ingebed zijn in de cultuur en dus gedeeld worden binnen een bepaalde groep kunnen ze als een referentiekader fungeren om betekenis te verlenen aan psychische aandoeningen. Eens men het gevoel heeft te begrijpen wat er aan de hand is, is het mogelijk om iets te ondernemen. Het onvatbare karakter van een psychische aandoening betekent dat dit 'begrijpen' niet noodzakelijk een grondige kennis inhoudt, maar eerder het hebben van een subjectief gevoel dat men grip op de situatie heeft.

Psychische aandoeningen vormen een bijzonder relevant onderwerp om vanuit de framingbenadering te onderzoeken. Daar zijn verschillende redenen voor te bedenken. Er is de idee dat een psychische aandoening een afwijking van een moeilijk te vatten norm impliceert, dat er zelfs voor één en dezelfde aandoening een diversiteit aan oorzaken valt te bedenken. Net zoals er meerdere oorzaken zijn aan te duiden, zijn ook de oplossingen bijzonder divers. Bovendien is er de rol van de persoon in kwestie die, in de perceptie, wel of geen 'schuld' aan de eigen psychische aandoening heeft.

Ten eerste, omdat een psychische aandoening volgens de in de inleiding geciteerde definitie wordt gekenmerkt door *afwijkende* emoties, gedachten en gedragspatronen, moet er een *norm* zijn waarvan er afgeweken wordt. Zo'n norm is altijd een cultureel gegeven, die bovendien aan verandering onderhevig kan zijn. Het resultaat daarvan is dat niet iedereen dezelfde emoties, gedachten en gedragspatronen als een psychische aandoening zal classificeren. Is nagelbijten bijvoorbeeld een psychische aandoening? Wanneer is een psychische aandoening als een ziekte te bestempelen? Mogelijk ervaart de persoon in kwestie de diagnose dat een psychische aandoening een ziekte is als een grote opluchting. Aan een ziekte valt namelijk iets te verhelpen, en de erkenning van een aandoening als pathologisch kan bijvoorbeeld de voorwaarde vormen om een uitkering te ontvangen. Anderen vinden de diagnose 'ziek' te zijn en plots als een 'patiënt' door het leven te moeten gaan als een verschrikking. Men wil als normaal en gezond gezien worden. Dit alles roept een aantal vragen op waarbij er interpretatie en een debat over de precieze betekenis van psychische aandoeningen een voorname rol spelen. En dat is gefundenes Fressen voor wie een frameanalyse wil uitvoeren.

Ten tweede kunnen er fundamentele verschillen bestaan in de aanduiding van de oorzaak van één en dezelfde aandoening. Dat blijkt onder andere uit het Amerikaanse onderzoek van Martin, Pescosolido en Tuch (2000). In dit onderzoek werd aan de respondenten na het lezen van één van de beschreven scenario's gevraagd om de oorzaak in een lijst met zes opties aan te duiden. Voor depressie bijvoorbeeld werd het vaakst "stressvolle omstandigheden" aangeduid als *trigger* (54,5%). Meer dan één op vijf van de respondenten (20,8%) dacht dat "een chemisch onevenwicht" de oorzaak was, maar ook "genetica" (13,3%), "een slecht karakter" (11,2%) en "de wil van God" (6,8%) werden aangeduid. De patiënten zelf gaven evenzeer een scala aan mogelijke oorzaken voor hun aandoening, die de auteurs onderverdeelden in "biologische en fysische factoren" enerzijds, en "sociale en omgevingsfactoren" anderzijds (Baker & Procter, 2013).

Ten derde lijkt het evenzeer logisch dat naargelang de oorzaak die de mensen zien, andere oplossingen meer voor de hand zullen liggen (Benford & Snow, 2000). Deze hypothese werd al deels ondersteund in het geval van depressie (Khalsa, McCarthy, Sharpless, Barrett & Barber, 2011). Patiënten die dachten dat traumatische gebeurtenissen uit de kindertijd de oorzaak waren van de depressie, of die meerdere oorzaken zagen, verkozen psychotherapie boven medicatie. Eenzelfde denkproces zal zich eveneens aftekenen bij het brede publiek: wie denkt dat een slecht karakter de oorzaak is van een mentale aandoening, zal waarschijnlijk de betrokkenen op hun verantwoordelijkheid willen wijzen, hen disciplineren en/of straffen. Mensen die "een chemisch onevenwicht" aanduiden, zullen eerder pleiten voor een behandeling met gepaste medicatie.

Ten slotte zal er eveneens een verschil zijn in de mate van stigma dat toegekend wordt aan wie een psychische aandoening heeft. Wie "stressvolle omstandigheden" of een "chemisch onevenwicht" als de oorzaak bestempelt, zal waarschijnlijk milder zijn voor de betrokken personen dan wie "een slecht karakter" als oorzaak ziet. Het gevolg is dat er bijzondere aandacht moet zijn voor de betrokken persoon, want een van de denkbare percepties is dat deze de psychische aandoening zelf veroorzaakt heeft en daardoor ook de sleutel voor de oplossing zelf in handen heeft.

Specifiek voor de conceptualisering van framing die in het voorliggende rapport gehanteerd wordt, is dat het in dit onderzoek over frames gaat die ingebed zitten in de cultuur (Gamson & Modigliani, 1989; Hilgartner & Bosk, 1988; Van Gorp, 2007, 2010). Ze houden verband met mythes, zegswijzen, metaforen en archetypes die van toepassing zijn om betekenis te verlenen aan psychische aandoeningen. Als het hier zou gaan over de betekenisverlening aan genetisch gemodificeerde organismen, dan was Frankenstein een mogelijk in de cultuur ingebed frame geweest. De term “Frankenvoedsel” bijvoorbeeld resulteert in een vereenvoudigde uitleg over wat ggo's inhouden. De krachtlijnen van het frame moeten bovendien niet van a tot z uitgeschreven worden. Het associatieve brein van de mens vult de hele redenering aan. Zelfs een leek zal uit deze benaming kunnen afleiden dat de mens door te knoeien met dit voedsel de natuurwetten overtrad en/of de goddelijke schepping heeft uitgedaagd. Het ondoordacht handelen van hoogmoedige wetenschappers en een roekeloze voedingsindustrie zijn dan twee mogelijke oorzaken die het probleem en zijn onafwendbare uitkomst hebben veroorzaakt. De technologie zal zich immers uiteindelijk tegen zijn schepper richten, waarbij de gevolgen niet te overzien zijn. De logische conclusie luidt om dit “Frankenvoedsel” beter links te laat liggen, of beter nog, het te verbieden. Naar analogie van dit voorbeeld is de eerste vraag in dit onderzoek:

Onderzoeksvraag 1: Welke culturele frames zijn er in België gangbaar om over psychische aandoeningen te communiceren?

Bij het beantwoorden van deze eerste onderzoeksvraag zal er, in de mate van het mogelijke, bijkomende aandacht gaan naar de vraag of er een verschil is als het daarbij over kinderen en jongeren gaat. Met betrekking tot leeftijd blijkt namelijk uit Amerikaans onderzoek van Pescosolido en collega's (2007) dat er veel negatieve vooroordelen zijn in verband met psychiatrische hulp voor kinderen. Maar liefst 85% van hun respondenten vond dat dokters overdiagnosticeren, en pillen voorschrijven aan kinderen met gewone problemen. De respondenten waren eveneens sterk negatief voor de medicatie zelf. 68% was het eens met de stelling dat deze medicatie negatieve effecten zou hebben op de ontwikkeling van de kinderen, en 52% was het eens dat de medicatie “kinderen in zombies verandert”. Iets minder dan de helft van de respondenten (45%) vreesde dat een kind dat behandeld werd voor psychische problemen op school een buitenbeentje zou worden. Het is duidelijk dat deze negatieve vooroordelen een belangrijke hindernis vormen voor ouders van kinderen met psychische problemen om hulp te zoeken.

De veronderstelling is niet dat het beeld dat de media van psychische aandoeningen ophangen eenzijdig stereotiep of negatief zou zijn. Die beelden kunnen eveneens als positief te bestempelen zijn. Volgens Klin en Lemish (2008) zou positieve framing van geestelijke gezondheidsklachten ervoor kunnen zorgen dat de betrokkenen minder stigma wordt toegekend (p. 435). Anthony (1993, p. 20) duidt verder op de mogelijke rol die de media spelen in het herstelproces van mensen die lijden aan een psychische aandoening. Kortom, er is vooral behoefte aan denkbeelden die een bijdrage kunnen leveren aan de *deproblemativering* van psychische aandoeningen.

In dit onderzoek zal er daarom een onderscheid worden gemaakt tussen

problematiserende frames en deproblematiserende counterframes. Deze laatste worden gebruikt om het issue als minder of zelfs niet-problematisch voor te stellen. Het is daarbij belangrijk om op te merken dat het problematiseren van een issue niet per se slecht is, en dat een problematiserend frame niet noodzakelijk een negatief frame is. Problematiseren zorgt er immers voor dat een kwestie sneller op de publieke agenda belandt (Hilgartner & Bosk, 1988). De keerzijde van de medaille is echter dat die problematisering de aanleiding kan zijn voor een groter stigma van de betrokkenen en van het gebruik van stereotyperingen. Het gebruik van deproblematiserende counterframes kan dan weer aanleiding zijn om een probleem te verbloemen, waardoor de urgentie om eraan te verhelpen verdwijnt. Met andere woorden, het gebruik van een problematiserend frame kan wenselijk zijn en het gebruik van een deproblematiserend counterframe problematisch. Ieder frame en ieder counterframe bevat nochtans een kern van waarheid. Deze waarheid is echter altijd partieel omdat het slechts een deel van de complexe werkelijkheid weergeeft. Daarom is het belangrijk om in de communicatie een goede balans te vinden tussen problematiserende frames en deproblematiserende counterframes. Met 'goed' wordt er dan bedoeld dat het eindresultaat stigmatisering van mensen met psychische problemen uit de weg gaat. De tweede onderzoeksvraag luidt bijgevolg:

Onderzoeksvraag 2: Welke frames resulteren in een problematiserende definiëring van psychische aandoeningen en welke counterframes in een deproblematiserende definiëring?

Onderzoeksvragen één en twee hebben in principe betrekking op weergaven van psychische aandoeningen die tenminste pretenderen realistisch te zijn, wat in de eerste plaats geldt voor nieuwsverslagings. Er zijn echter ook uitingvormen die flirten met de realiteit, hoewel iedereen weet dat het fictie betreft. Het gaat dan onder meer over romans, speelfilms en stripverhalen. Vooral de grafische weergaven van mensen met psychische stoornissen zijn erg relevant voor het onderzoek omdat ze hen ten voeten uit weergeven. Zo zijn de zot, de dorpsgek en de psychopaat uitgegroeid tot herkenbare personages in de populaire cultuur. Deze figuren worden prototypes genoemd, als een verzameling van stereotiepe kenmerken in de vorm van een persoon. Om de relatie aan te kunnen geven met de bij vragen 1 en 2 geformuleerde antwoorden is het nodig om inzicht te krijgen in deze prototypes. Dit geeft aanleiding tot het formuleren van een derde onderzoeksvraag:

Onderzoeksvraag 3: Hoe verhouden de frames en counterframes die betekenis verlenen aan psychische aandoeningen zich tot de prototypische personages met psychische problemen zoals die voorkomen in fictie?

Hoe uiteindelijk de verschillende media een kwestie framen, kan de denkwijze van het publiek beïnvloeden (o.a. Otieno, Spada, & Renkl, 2013; Price, Tewksbury, & Powers, 1997). Maar dat proces is erg dynamisch. De frames in een boodschap fungeren daarbij in eerste instantie enkel als een *suggestie* aan het adres van de ontvanger hoe hij of zij die boodschap kan interpreteren (Benford & Snow, 2000; Van Gorp, 2006). Ieder frame biedt met andere woorden een denkkader aan dat bruikbaar is om betekenis aan de

boodschap te verlenen. Het gaat daarbij niet over een ultieme overtuigingskracht, want het publiek gaat actief met een boodschap aan de slag. Ze kunnen de voorgestelde frames bijgevolg negeren, afwijzen of herinterpreteren.

Het omgaan met een frame kan in beginsel op twee manieren gebeuren. Om frame A te counteren kan men het *deframen* door te stellen “niet frame A”, of *reframen* wat inhoudt dat men “frame B” gaat toepassen. Het asielthema biedt de mogelijkheid om dit onderscheid verder te illustreren.

Deframen betekent dat men probeert om met tegenargumenten het frame onderuit te halen. Men blijft daarbij echter binnen hetzelfde frame. Wanneer een tekst vluchtelingen voorstelt als indringers (Van Gorp, 2006) zou iemand het kunnen counteren door op te werpen dat vluchtelingen een uitvoerige toetsingsprocedure moeten doorlopen om te worden erkend en dat de bevoegde instanties het kaf van het koren zullen proberen te scheiden. De asielzoeker kan geen “indringer” zijn omdat volgens de Conventie van Genève iedereen over het recht beschikt om in een ander land asiel aan te vragen.

Bij het *reframen* daarentegen gaat men alle verwijzingen naar het aangeboden frame uit de weg en schuift men een alternatief frame naar voor. Bij het voorbeeld over de asielzoekers zou het kunnen gaan over het frame dat zij onschuldige slachtoffers zijn. Uit de grote risico's die vluchtelingen nemen - bijvoorbeeld in een gammel bootje de Middellandse Zee proberen over te steken of door hun lot in handen van mensensmokkelaars te leggen - is af te leiden dat het niet anders kan dan dat zij gedwongen werden om hun thuisland te verlaten. Zij zijn het slachtoffer van externe factoren die hen op de vlucht hebben doen slaan. De Conventie van Genève heeft het dan over het risico op vervolging, maar het kan ook gaan over armoede, een oorlog of een natuurramp.

Het onderscheid tussen reframen en deframen is relevant omdat deframen impliceert dat de boodschapper die een frame wil counteren dit frame onherroepelijk zelf zal ‘triggeren’ bij de toehoorder. Als men niet wil dat het publiek aan een olifant denkt, lijkt het logisch om niet te zeggen: “dames en heren, gelieve nu even *niet* aan een olifant te denken” (cf. Lakoff, 2004). Vandaar dat de derde onderzoeksvraag betrekking heeft op het bepalen van een communicatiestrategie bij de praktische inzet van de geïdentificeerde frames en counterframes, en dat met het oog op het verminderen van het stigma ten aanzien van psychische aandoeningen. Eén aandachtspunt daarbij is of het beter is om de problematiserende frames uit de weg te gaan, of dat ze toch functioneel kunnen zijn.

Onderzoeksvraag 4: Kunnen frames en counterframes bij het brede publiek aan het stigma rond psychische aandoeningen verhelpen?

Toen de Amerikaanse socioloog Erving Goffman (eveneens een van de grondleggers van de framingtheorie) in 1961 zijn invloedrijk werk *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates* (Goffman, 1961) publiceerde, was zijn analyse van de psychiatrie bikkelhard. Door mensen af te zonderen uit de maatschappij in psychiatrische instellingen, vervreemde men hen van de samenleving waar ze ooit

opnieuw deel van zouden moeten uitmaken. De muren die opgeworpen werden, gingen het denken bepalen. Geïnterneerde individuen werden als patiënt een lijdend voorwerp, ze dienden binnen een autoritair en totalitair systeem te overleven en deden daardoor geen vaardigheden voor het echte leven op. Een opname was door die ongunstige omstandigheden in het beste geval verloren tijd.

Meer dan een halve eeuw later is de Belgische sector voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) grondig hervormd. De psychiatrische hulpverlening is sterk geprofessionaliseerd en naast de residentiële zorgverlening zijn er tal van ambulante hulpvormen (zoals de mobiele teams). Deze maken het mogelijk om hulpbehoevenden met een beperkt ingrijpen, zoveel mogelijk in hun eigen thuissituatie, te begeleiden. Die begeleiding is sterk gedifferentieerd. Initiatieven in de eerstelijnszorg maken een preventieve of vroegtijdige behandeling mogelijk, terwijl ook op het vlak van re-integratie er heel wat initiatieven zijn om mensen naar een job of zinvolle dagbesteding toe te leiden.

Toch blijft de vraag of die ‘moderne’ GGZ wel overeenkomt met de beeldvorming in en over de sector. Zijn de (metaforische) muren in de hoofden van de mensen wel gesloopt? Is de geestelijke gezondheidszorg zodanig in de maatschappij ingebed (‘vermaatschappelijkt’) dat ze geen conflicten of weerstand meer oproept? Dergelijke vragen hebben een nauwe band met de framing van geestelijke gezondheid en van de sector. De vijfde onderzoeksvraag luidt daarom als volgt:

Onderzoeksvraag 5: Welke opvattingen bestaan er in de sector van de geestelijke gezondheidszorg over mentale gezondheid en dat in relatie tot de gedefinieerde frames en counterframes?

Een hypothese die het onderzoeksteam bij deze vraag voorop stelde betrof de relatie tussen het framegebruik bij de professionals en de evolutie in de sector. De transitie in de sector van een model waarin de hulpvraag van de patiënt door gespecialiseerde psychiatrische diensten behandeld wordt, naar een model dat ook inzet op laagdrempelige eerstelijnszorg en re-integratie, zou ook in de communicatie van de sector terug te vinden zijn. Bepaalde frames zouden eerder de klassieke benadering van de GGZ vertegenwoordigen, terwijl andere frames dan weer zouden passen in de hedendaagse, herstelgerichte benadering.

De antwoorden op de vijf onderzoeksvragen moeten het mogelijk maken om ook de zesde en afsluitende vraag te beantwoorden. Het ultieme doel van het onderzoek is immers om vanuit inzicht in de frames en counterframes die concreet gebruikt worden, de formulering van alternatieven en ten slotte inzicht in de effectiviteit ervan iedereen in de samenleving aan te moedigen er concreet mee aan de slag te gaan. De zesde onderzoeksvraag is als volgt geformuleerd:

Onderzoeksvraag 6: Hoe kunnen frames en counterframes concreet ingezet worden om op een meer evenwichtige en genuanceerde manier over personen met psychische aandoeningen te communiceren?

DE MEDIA ONDER DE LOEP

Een inductieve en deductieve frame-analyse

Steekproef en analysemateriaal

Om de geformuleerde onderzoeksvragen te beantwoorden, is in de eerste plaats gebruik gemaakt van een inductieve framinganalyse. Het doel daarbij is om alle mogelijke denkbeelden over een onderwerp in kaart te brengen, dus niet alleen dominante perspectieven maar eveneens minder voorkomende visies. Daarom is er geopteerd voor een steekproef met *diversiteit* als belangrijkste selectie criterium. Als gevolg hiervan is de steekproef niet representatief: veelvuldig voorkomende frames werden niet verder dan nodig uitgediept en er werd gericht gezocht naar onverwachte perspectieven.

Idealiter zou bij een onderzoek naar de beeldvorming over psychische aandoeningen op basis van een analyse van de media alles wat met geestelijke gezondheid te maken heeft in rekening worden gebracht. Het zijn namelijk niet alleen de directe afbeeldingen van psychische aandoeningen die inwerken op het beeld ervan, maar eveneens alles wat inwerkt op de menselijke psyché. En dan komt er heel veel in aanmerking. Heel wat van wat er in de media verschijnt speelt immers in op de oerangsten van de mens, op de neiging tot doemdenken en anderzijds op het streven naar geluk, liefde, hoop en andere vormen van magisch denken. Verhalen over de terreurdreiging door fanatici hebben bijvoorbeeld raakvlakken met psychische aandoeningen (zie bijvoorbeeld Figuur 4, een cover van *Le Vif/L'Express*, verschenen na de aanslag op het redactiekantoor van *Charlie Hebdo* in Parijs).

Figuur 4: cover van Le Vif/L'Express, 16 januari 2015 ("Deze fanatici die ons de Apocalyps beloven")



De beschikbare tijdspanne liet het echter niet toe om de tendens naar een verdere psychologisering van de samenleving ten volle te verkennen. Daarom werd er een meer strikte maar weliswaar zo breed mogelijk spectrum aan psychische aandoeningen opgenomen in de analyse. Daarbij werd er gebruik gemaakt van de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (tiende herziening, World

Health Organization, 2015). Voor elk van de door deze ICD-10 gedefinieerde categorieën van psychische aandoeningen werden verschillende aandoeningen of symptomen gekozen, die dan gebruikt werden als zoekopdracht in databanken. Daarbij werden ook afgeleide termen gebruikt, bijvoorbeeld bij “autisme” werd tevens gezocht naar “autistisch”, “autist”, enzovoort. De volgende tien categorieën uit de ICD-10 zijn in dit inductieve onderzoek vertegenwoordigd:

1. Organische, inclusief symptomatische, psychische stoornissen (bijv. dementie)
2. Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van psychoactieve middelen (bijv. alcoholverslaving)
3. Schizofrenie, schizotypische stoornissen en waanstoornissen
4. Stemmingsstoornissen (bijv. bipolaire stoornis en depressie)
5. Neurotische, stress gebonden en somatoforme stoornissen (bijv. angststoornis en obsessieve-compulsieve stoornis)
6. Gedragssyndromen samengaan met lichamelijke symptomen en stoornissen (bijv. eetstoornissen)
7. Stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd (bijv. geslachtsidentiteitsstoornis)
8. Zwakzinnigheid
9. Stoornissen in psychische ontwikkeling (bijv. syndroom van Asperger)
10. Gedragsstoornissen en emotionele stoornissen die doorgaans op kinderleeftijd of in adolescentie beginnen (bijv. ADHD en Syndroom van Gilles de la Tourette)

De zoektermen werden ingegeven in GoPress Academic, een persdatabank waarin de Belgische kranten en tijdschriften zijn opgenomen. Als bijkomend zoekcriterium kwamen enkel nieuwsberichten verschenen tussen 1 januari 2015 en 31 december 2015 in aanmerking voor de steekproef. Daarnaast werd actief gezocht (via Google, YouTube, imdb.com en allerlei naslagwerken) naar bijkomend materiaal, zoals advertenties, televisie-uitzendingen, boeken en blogs. Dit extra materiaal beperkte zich niet noodzakelijk tot het jaar 2015, maar is vrij in België beschikbaar. In totaal codeerde het onderzoeksteam 434 bronnen: 238 krantenartikelen, 112 tijdschriftartikelen, 9 blogs, 24 verzamelingen van lezersreacties, 5 persberichten, 4 opiniestukken, 11 boeken, 4 speelfilms, 7 advertenties, 18 berichtgevingen op radio- of televisie en 2 recensies, waarvan 251 Nederlandstalig, 182 Franstalig en 1 anderstalig.

Analyseprocedure

Het analyseproces bestond uit verschillende stappen (zie Van Gorp, 2010, 2015). De eerste stap was het *thematische coderen*. Hierbij lasen en bekeken de onderzoekers het materiaal grondig door en namen ze alle verwijzingen naar de aard, de oorzaken, gevolgen en oplossingen van psychische problemen op in een Excel-workbook. Alle markante slagzinnen, woordkeuzes, metaforen en visuele beelden die op de een of andere manier betekenis helpen verlenen aan het onderwerp werden eveneens opgenomen in het bestand.

Daarna werd er *axiaal* gecodeerd: door het Excel-bestand te sorteren op basis van de toegekende codes, konden de onderzoekers de gegroepeerde elementen vergelijken en zien welke elementen samen voorkwamen en logische patronen vormden, om zo *frame packages* samen te stellen (Van Gorp, 2007). Ieder *frame package* bestond uit een logische redenering, vertrekkende vanuit een definitie van een psychische aandoening en dan

verder naar oorzaak, gevolg en oplossing (de *reasoning devices*), en manifeste elementen die deze redenering bij de ontvanger kunnen activeren: woordkeuzes, metaforisch taalgebruik, zegswijzen, argumenten, visualisering en zovoort. Het eigenlijke culturele frame, dat wil zeggen metafoor, norm of archetype, was de overkoepelende idee dat het volledige ‘package’ een coherent en logisch geheel vormde (zie bijlage 1 voor de matrix met de twaalf frame packages). Een voornaam criterium om te bepalen of het daadwerkelijk een frame betrof, was dat dit frame op een voldoende abstractieniveau te situeren viel. Dit houdt in dat het frame eveneens op andere kwesties dan psychische aandoeningen kan worden toegepast. Geen enkel van de gedefinieerde frames is met andere woorden onlosmakelijk met psychische aandoeningen verbonden.

De analyse werd beëindigd op het moment dat de frames onderling geen overlap meer vertoonden en er geen bijkomende inzichten werden verworven bij het coderen van bijkomend analysemateriaal. Met andere woorden, elk citaat over psychische stoornissen moest geplaatst kunnen worden bij één van de gedefinieerde frames of counterframes. Dit workbook bevatte uiteindelijk 2705 gecodeerde tekstfragmenten, en is op eenvoudig verzoek op te vragen bij het onderzoeksteam.

Workshops, interviews en focusgroepen

Zowel om de validiteit als om de praktische inzetbaarheid van de gereconstrueerde counterframes na te gaan, legde het onderzoeksteam de frames en counterframes voor aan verschillende experts. Ten eerste werden er verschillende workshops georganiseerd in het Instituut voor Mediastudies aan de KU Leuven. Het onderzoeksteam stelde de framematrix tweemaal voor aan onderzoekers die zich bezig houden met journalistiek en framing. Een aantal vooraf geselecteerde teksten uit het materiaal werd gezamenlijk bestudeerd om na te gaan of er een consensus bestond over welk frame of welke frames er speelden. Verder werd er gebrainstormd over mogelijke counterframes, uitgaande van de reeds geïdentificeerde problematiseringen. Ten tweede werden via persoonlijke interviews de frames voorgelegd aan negen experts, die plaatsvonden tussen 11 januari en 4 februari 2016. Tijdens de interviews kregen de gesprekpartners ieder frame in de vorm van kernboodschappen voorgelegd en werd er onder meer gepolst naar herkenbaarheid, geloofwaardigheid en praktische inzetbaarheid. Daarnaast konden zeven Franstalige en tien Nederlandstalige experts hun ongezoete mening over de frames en counterframes geven in focusgroepen, die plaatsvonden op 10 februari 2016. Op basis van de bijzonder waardevolle feedback tijdens de interviews, de focusgroepen en de workshops werd de framematrix telkens opnieuw tegen het licht gehouden, door frames te veranderen, te combineren of te schrappen indien dat nodig bleek te zijn. Zo werd het frame *Het noodlot* op basis van de feedback gewijzigd in een counterframe, en kreeg het later een ander label mee, namelijk *Een aardverschuiving* (zie verder).

Van abstract naar concreet

Omdat er in het inductieve gedeelte niet met een representatieve steekproef is gewerkt, is het niet zinvol om de aanwezigheid van de frames en counterframes op kwantitatieve wijze na te gaan. Om toch enig inzicht te krijgen in de relatieve aanwezigheid van de onderscheiden frames werd de inhoudelijke analyse van het mediamateriaal uitgebreid met een deductieve frameanalyse. Terwijl bij een inductieve analyse van de concrete teksten naar abstracte frames is toegewerkt, werd er in de deductieve fase vertrokken

van de afgebakende lijst met frames en gekeken in welke mate ze in concrete teksten voorkwamen. Daarvoor werd een nieuwe, representatieve steekproef getrokken uit de artikelen die in de loop van 2015 verschenen zijn in de Belgische pers en voor zover dat ze opgenomen zijn in de databank GoPress Academic (academic.gopress.be). Daarbij kwamen niet alle psychische aandoeningen in aanmerking, maar slechts twaalf waarvan het inductieve gedeelte van het onderzoek had uitgewezen dat ze regelmatig in de media opduiken: ADHD, alcoholverslaving, angststoornissen, anorexia, autisme, bipolaire stoornissen, burn-out, depressie, dwangneuroses, fobieën, schizofrenie en zelfverminking.

Voor elke aandoening werden er maximaal vijftig artikels op willekeurige wijze geselecteerd uit negen Nederlandstalige dagbladen en zestien Nederlandstalige tijdschriften¹, en tien Franstalige kranten en zesentwintig Franstalige tijdschriften². Bij aandoeningen waarover minder dan vijftig artikels verschenen waren in 2015, werden alle artikels geanalyseerd. Dubbele artikels of artikels die niet van toepassing waren werden vervangen. Een “depressie” duidt immers ook een lagedrukgebied, en “De Grote Depressie” uit de jaren dertig van de vorige eeuw was voor dit onderzoek niet relevant.

In een aantal gevallen waren de niet relevante artikelen echter wel betekenisvol voor het onderzoek, omdat ze de benaming voor een psychische aandoening in figuurlijke zin gebruikten. Zo werd “schizofrenie” aangewend om aan te duiden dat iets of iemand hypocriet of inconsistent was, uit het – ongegronde – idee dat een gespleten persoonlijkheid een kenmerk is van schizofrenie. Er was bijvoorbeeld een stuk met de frase “Schizofrenie in Jan Breydel” (*Het Belang van Limburg*, 19/10/2015) omdat Club Brugge in de eerste helft fantastisch speelde, maar in de tweede helft nauwelijks kansen kon creëren. Ook de wapenleveringen aan Saudi-Arabië waren schizofreen (*De Tijd*, 20/02/2015) omdat het land “geldt als een drijvende kracht achter extremisme dat onze veiligheid bedreigt”. Muzikant Frank Vander Linden liet weten dat hij mogelijk “bipolair” is, omdat hij zowel van folk als van punk houdt (*Humo*, 24/11/2015). De liberale partijen hebben dan weer een “fobie voor alles wat privébezit afroomt” (*De Standaard*, 13/06/2015), de Soennitische staten hebben “un phobie des ayatollahs” (*Le Soir*, 3/04/2015), en er is een “phobie turque relative à l’irrédentisme kurde” – een fobie die het Westen niet deelt (*Le Soir*, 29/07/2015).

In totaal werden er 1114 artikelen gecodeerd, 576 Nederlandstalige en 538 Franstalige. Het onderzoeksteam las elk artikel grondig door. Voor ieder van de twaalf frames en counterframes werd per artikel aangegeven of het al dan niet aanwezig was. Bij twijfel werd het frame niet gecodeerd. Daarnaast werden nog andere kenmerken opgenomen in het codeerboek: welke psychische aandoening het hoofdthema vormde, met maximaal twee andere aandoeningen die eveneens aan bod kwamen; of er enkel

- 1 De Morgen, De Standaard, De Tijd, Gazet van Antwerpen, Het Belang van Limburg, Het Laatste Nieuws, Het Nieuwsblad, Krant van West-Vlaanderen, Metro, Dag Allemaal, Data News, Feeling, Flair, Goed Gevoel, Humo, Joepie, Klasse, Knack, Libelle, Plus Magazine, Sport Voetbalmagazine, Steps City Magazine, Story, TV-Familie en Trends.
- 2 L’Avenir, L’Echo, La Dernière Heure, La Libre Belgique, Le Soir, Metro, La Meuse, La Gazette, La Province, Nord Éclair, ELLE Belgique, Facilities (in het Frans), Femmes d’Aujourd’hui, Flair (in het Frans), Gaël, Gaël Maison, Gondol, Imagine Magazine, Je vais Construire, Le Généraliste, Le Journal des Enfants, Le Soir Magazine, Le Vif/L’Express, M&C (in het Frans), Moustique, Nest (in het Frans), Paris Match Belgique, Plus Magazine, Retail Update, Sport/Foot Magazine, Storecheck, Télé Pocket, Télépro, Trends/Tendances, en Trends/Tendances Immobilier.

geschreven werd over een persoon met een psychische aandoening of dat deze ook aan het woord kwam; en als dit het geval was, wat het geslacht en de (expliciet vermelde) leeftijd van deze persoon was.

Een willekeurige steekproef van negentig artikels werd door twee onderzoekers gecodeerd om de betrouwbaarheid van hun werk na te gaan. Deze werd per frame berekend door middel van Krippendorffs alpha (Hayes & Krippendorff, 2007). De betrouwbaarheid bleek voor de twaalf frames vrij hoog te zijn, gemiddeld 0,80, met als laagste betrouwbaarheid voor het counterframe ‘De kanarie in de mijn’ (0,75) en de hoogste betrouwbaarheid voor het counterframe ‘Het bijzondere’ (0,89).

Twaalf manieren om naar psychische aandoeningen te kijken

Het overzicht

Op basis van de 2705 geselecteerde tekstfragmenten en de input vanuit de workshops, interviews en focusgroepen konden de onderzoekers uiteindelijk twaalf frames identificeren die betekenis aan psychische aandoeningen geven. Omdat het analysemateriaal in hoofdzaak uit België (Nederlandstalig en Franstalig) afkomstig was en ook de onderzoekers en geraadpleegde experts Belgen waren, geldt dit overzicht in de eerste plaats voor de reguliere Belgische context. In andere landen en andere culturen zijn er mogelijk nog alternatieve frames gangbaar. Toch zijn de onderzoekers de mening toegedaan dat de twaalf frames de Belgische context overstijgen.

Een mogelijke manier om binnen het overzicht met twaalf frames een ordening aan te brengen, is op basis van hun problematiserend karakter. Bij vijf frames is er een probleem en is er ook een urgentie om in te grijpen (want anders zijn de gevolgen niet te overzien). De zeven andere frames deproblematiseren de kwestie. Ze bieden een tegengewicht voor de problematiserende frames. Terwijl de problematiserende frames aanleiding geven om het beeld uit te vergroten en te *dramatiseren* (“kijk eens hoe érg”) is er bij de deproblematiserende counterframes een zekere mate van *relativering* aanwezig. Er is bovendien uitzicht op herstel en in een aantal gevallen zonder dat dit ten koste gaat van het gevoel van eigenwaarde van de personen met psychische problemen.

Het feit dat in dit onderzoek meer counterframes gevonden werden dan frames betekent echter niet dat in de beeldvorming de deproblematiserende frames het overgewicht hebben. De reden is wel dat deze zeven counterframes nodig zijn om de complexiteit en de vele gezichten van psychische aandoeningen te vatten. De problematiserende frames versimpelen deze complexiteit veel sterker. Tabel 1 presenteert een overzicht van de vijf frames en zeven counterframes. De volledige framematrix is te vinden in Bijlage 1.

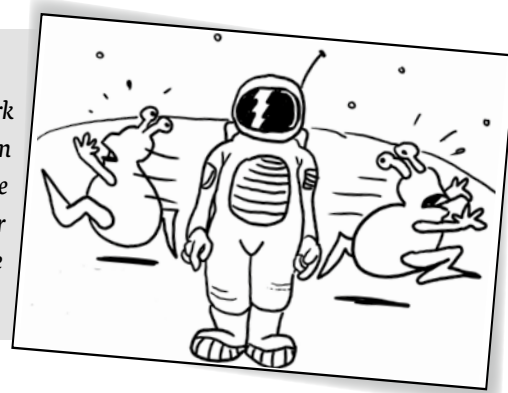
In wat volgt wordt elk van de frames en counterframes in detail besproken. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van citaten uit het materiaal, de diepte-interviews en de focusgroepen. Iedere bespreking bevat een cartoon die het frame op zich visueel weergeeft, zonder directe connectie met het onderwerp psychische aandoeningen; een kernboodschap die aanduidt wat er gebeurt als vanuit het frame naar het onderwerp wordt gekeken en ten slotte een heel aantal concrete citaten en elementen afkomstig uit het analysemateriaal die aangeven hoe het frame herkend kan worden.

Tabel 1: Overzicht van de frames en de counterframes die betekenis aan psychische aandoeningen verlenen

Problematiserende frames	Deproblematiserende counterframes
	Een mozaïek
Angst voor het onbekende	Het bijzondere
Zelfcontrole	Een gebroken been
Het monster	De ongenode gast
De zwakste schakel	Een aardverschuiving
Een gemakkelijke prooi	De tocht
	De kanarie in de mijn

Vijf problematiserende frames**Angst voor het onbekende**

Een psychische aandoening is een angst inboezemend en allesbepalend kenmerk van sommige onberekenbare individuen die niet in de samenleving passen en daarom worden uitgelachen, gevreesd en uitgesloten. Vooral de gevaarlijke types worden algemeen gewantrouwd. Ze moeten worden opgespoord en voor altijd worden weggestopt in instellingen, in de hoop dat men er daar blijf mee weet.



Het frame *Angst voor het onbekende* refereert aan de oerangst van de mens voor alles wat hij niet kent en meer specifiek voor het onberekenbare, oncontroleerbare en onvoorspelbare ervan. De persoon met een psychische aandoening wordt dan potentieel gevaarlijk. Vanuit dit frame bekeken, zijn geestelijke aandoeningen een vreemd en vaak allesbepalend kenmerk van specifieke individuen. Een ‘geruststelling’ is dat deze personen een minderheid vormen, of behoren te vormen, want het potentiële gevaar biedt een excuus om de onberekenbare personen op te sluiten.

In dit frame worden mensen met psychische aandoeningen gekenmerkt als “gek, gestoord, abnormaal” (*De Morgen*, 29/08/2015) of “kierewiet” (*Gazet van Antwerpen*, 14/10/2015). Het zijn onvoorspelbare en gevaarlijke individuen (*Le Vif*, 30/11/2015), die “niet in het plaatje passen” van hoe een individu hoort te zijn (*Humo*, 22/09/2015).

“Patiënten met psychische kwetsbaarheid worden in de media afgeschilderd als bizar, raar, onvoorspelbaar en ongeneeslijk, soms zelfs als gevaarlijk en te mijden.”
Dirk De Wachter, *Verborgen kopzorgen*

De reacties van de omgeving hangen af van de aard van de psychische aandoening. Enkele aandoeningen hebben iets grappigs, maar de meesten stoten op onbegrip van de samenleving, die het abnormale gedrag maar niet kan vatten. Mensen met psychische aandoeningen stoten bijgevolg op onbegrip en afkeer in plaats van de hulp te krijgen die ze nodig hebben (*Vice*, 19/01/2016).

“De stap naar hulp dringt zich steeds meer en meer op, maar ik ben bang om uitgelachen te worden. Want wie is er nu bang voor ballonnen?”

Libelle, 6/08/2015

Psychische aandoeningen die de grootste angst inboezemen, zijn deze die vaak gelinkt worden aan geweld en criminaliteit. Zo kregen de lezers in 2015 onder andere te lezen hoe een “gestoorde man” een vrouw op de treinsporen had geduwd (*Het Laatste Nieuws*, 20/01/2015), een schizofrene Amerikaan zijn moeder had onthoofd met een bijl (*La Dernière Heure*, 3/01/2015), een trucker met een dwangneurose minstens vijf vrouwen moedwillig had aangereden (*Dag Allemaal*, 24/03/2015), een schizofrene man een vrouw had ontvoerd, opgesloten en mishandeld (*Le Soir*, 28/01/2015), een “geschifte en agressieve Menenaar” de naam en sterfdatum van zijn slachtoffer op zijn hals had getatoeëerd (*Krant van West-Vlaanderen*, 04/09/2015) en een bipolaire moeder haar baby had vermoord (*La Capitale*, 23/06/2015). Ook in fictie entertainment zijn er voorbeelden te over van “de psychoot met een mes” (*De Standaard*, 10/12/2015). Vandaar is het volgens sommigen beter om alle mensen met een psychische aandoening te wantrouwen:

“Ceci dit, cette personne est peut-être totalement inoffensive. Mais bon, on ne sait jamais ce qui peut arriver...», avertit un psychothérapeute dinantais.”

La Meuse, 16/02/2015

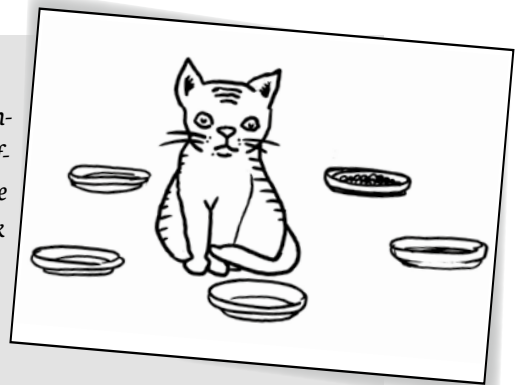
Voor deze gevallen baat een medische behandeling niet, want niemand weet of psychoten hun pillen wel slikken (*Het Nieuwblad*, 2/02/2015). Om de maatschappij te beschermen, moeten deze gestoorde mensen opgespoord worden en worden opgesloten in instellingen. Mensen zien “fixeren, platspuiten en dwangbuizen” als oplossing (*Krant van West-Vlaanderen*, 20/02/2015). De behandelingen dienen niet om psychiatrische patiënten te helpen, maar alleen om ze uit onze maatschappij te weren (Brenda Froyen, *Kortsluiting in mijn hoofd*). Alleen op die manier kan men voorkomen dat er slachtoffers vallen: als de copiloot die in maart 2015 het vliegtuig van Germanwings bewust deed crashen, op tijd ontmaskerd was geweest, dan had de dood van 144 onschuldige mensen kunnen zijn voorkomen.

“La majorité des fous vivent cachés parmi nous. Leur façon étrange de voir le monde, un fonctionnement pervers, tyrannique, masochiste... sont autant de bonnes raisons d'apprendre à les débusquer.”

Femmes d'Aujourd'hui, 11/06/2015

Zelfcontrole

Een psychische aandoening is iets wat sommige mensen zichzelf aandoen, door een stuitend tekort aan zelfcontrole. Een gebrek aan wilskracht en discipline zorgen ervoor dat de persoon gedrag stelt dat vaak destructief is voor de persoon in kwestie, en ergerlijk voor zijn omgeving. De oplossing ligt nochtans voor de hand: de persoon moet paal en perk stellen aan het gedrag, er simpelweg mee stoppen.



Het frame *Zelfcontrole* is een norm die in Westerse samenleving gebruikt wordt om veel ongewenst gedrag aan af te toetsen. Toegepast op psychische aandoeningen resulteert dit in het toekennen van de verantwoordelijkheid bij de persoon in kwestie die geen controle heeft over de eigen impulsen (*Le Soir*, 9/09/2015) of gedachten (Paula Hawkins, *The girl on the train*). Vaak wordt dit frame gebruikt in de context van verslavingen. Over alcoholverslaafden wordt onder meer gezegd dat ze “blijven terugrijpen naar de fles” (*Het Laatste Nieuws*, 27/10/2015). Hoewel ze zichzelf beloven om niet te veel te drinken, drinken ze zich toch telkens “poepeloerezat” (*Het Nieuwsblad*, 11/04/2015). Mensen met een burn-out hebben evenzeer “hun zelfcontrole niet altijd goed in de hand”, waardoor ze telkens opnieuw hun eigen grenzen overschrijden (*Radio 1*, 7/01/2016).

“L’addiction sexuelle est encore perçue en Europe comme une maladie taboue, une déviance «d’obsédés» qui ne contrôlent pas leurs pulsions.”

Le Soir, 9/09/2015

“Ik wil mijn drankgedrag absoluut niet op anderen afschuiven. Het is 100% mijn eigen schuld. En 12% van de wijn.”

Lois Bisschop, *Ik ben Lois en ik drink niet meer*

De oplossing voor het probleem is vanuit dit frame geredeneerd bijzonder eenvoudig: mensen moeten zichzelf weer onder controle krijgen. Mensen met een angststoornis wordt het advies gegeven dat ze zo weinig mogelijk moeten toegeven aan angst en angstaanjagende situaties niet mogen mijden (*Libelle*, 6/08/2015). Wie een eetstoornis heeft, moet eten (*Flair*, 9/06/2015) en moet “ervoor kiezen om geen slachtoffer te zijn” (*Het Nieuwsblad*, 18/08/2015). Sommigen, zoals Amy Winehouse, “weigeren iets te doen” aan hun verslavingen (*Knack*, 24/06/2015) en natuurlijk loopt het dan slecht af. Anderen proberen wel, maar gaan telkens weer “in de fout” (*Story*, 6/01/2015).

“J’entends souvent dire que tout n’est qu’une question de détermination. Mais la volonté, c’est ce qu’il y a probablement de plus dur au monde.”

Frédéric Peiremans, *Sport/Foot Magazine*, 22/07/2015

Aangezien het gestelde gedrag vervelend is voor de omgeving en destructief voor de persoon, moeten personen die zelf niet in staat zijn om zelfcontrole uit te oefenen - of zijn of haar driften niet onder controle wil brengen - met de harde hand gedwongen worden. Anderzijds kunnen acties ondernomen worden tegen de “verleidingen”, bijvoorbeeld door ze te verbieden (*De Wereld Morgen*, 14/08/2015).

“Une discipline renforcée peut prévenir le TDA/H.”

Le Vif, 5/12/2014

“Thuis voeren ze de controle op en ze gedragen zich eerder beschuldigend en bestraffend tegenover hun kind. Begrijpelijk, want ze voelen zich machteloos en hopen zo de zelfverwonding te stoppen.”

De Standaard, 16/12/2015



Het monster

Een psychische aandoening dringt het leven van een persoon binnen als een vijandig monster, en neemt het volledig over. De persoon probeert het te bekampen in een energievretend proces van vechten, de moed verliezen en in het beste geval een kleine overwinning behalen. Vaststaat is dat de aandoening altijd op de loer blijft liggen en steeds weer opnieuw kan toeslaan. Ze maakt zodoende een speelbal van de mens, die daardoor in een neerwaartse spiraal kan belanden.

Het monster is een archetype dat in dit frame een veruitwendiging van een psychische aandoening voorstelt. Het is een overweldigend en angstaanjagend iets, dat sneller en krachtiger is dan de mens (*LaLibre.be*, 3/11/2015). Varianten zoals een “beest” (*Libelle*, 26/03/2015), “demonen” (*L’Avenir*, 8/10/2015) of “spoken” (*De Morgen*, 29/02/2015) komen eveneens voor. De externalisering is erg belangrijk, omdat het ook weergeeft hoe de betrokkene de aandoening ervaart: als een bedreiging die buiten zichzelf ligt. Op die manier is de betrokkene niet meer de oorzaak van het probleem, maar het slachtoffer.

Het frame *Het monster* is duidelijk te herkennen aan de woordkeuzes, die vaak oorlogs- of jachttermen omvatten. Zo is de persoon “op de vlucht” voor de stoornis (*Het Nieuwsblad*, 18/08/2015), maar vroeg of laat krijgt het monster zijn slachtoffer “in de greep” (*Flair*, 9/06/2015): de patiënt valt “ten prooi” (*Dag Allemaal*, 31/05/2015) aan de ziekte, die het slachtoffer niet loslaat (*Flair*, 8/12/2015) en vervolgens “uitholt” en “opvreet” (*De Morgen*, 19/09/2015).

“Als ik maar één meisje kan redden uit de klauwen van anorexia, is dat al fantastisch.”
Flair, 9/06/2015

“Son épouse avait révélé qu’il luttait contre la maladie de Parkinson, la dépression et l’anxiété”
LaLibre.be, 3/11/2015

De samenleving kan zich eveneens iets voorstellen bij een psychische aandoening als iets waar tegen ze zich moet “wapenen” (*Radio 1*, 7/01/2016). Door de inzet van onder meer psychiaters, “het leger van de toekomst” (*De Morgen*, 13/07/2015) kan worden voorkomen dat de monsters nog meer slachtoffers maken. Wanneer een monster iemand in zijn klauwen heeft (*Flair*, 9/06/2015) en zich “meester maakt van” het leven van het slachtoffer (*Gazet van Antwerpen*, 20/08/2015), is er echter maar weinig hoop. Hoewel de patiënt “vecht tegen” het beest (*Het Belang van Limburg*, 8/09/2015), kost dat veel energie en is het weinig effectief. Voor sommigen is de veldslag met zichzelf zo zwaar dat ze enkel in de dood verlossing vinden (*De Morgen*, 19/09/2015). Wie de worsteling met het monster toch overleeft, is nooit helemaal veilig: “het beest ligt nog altijd op de loer” (*De Standaard*, 1/10/2015) en kan op elk moment opnieuw toeslaan.

“Er is een uitspraak die zegt: terwijl jij niet gebruikt, is die verslaving naast je gewichten aan het heffen, een bodybuilder aan het worden, aan het wachten op het moment dat je hervalt. (...) En als je hervalt, maakt ze je kapot.”
Jeroen Perceval, *Verborgene Kopzorgen*

De zwakste schakel

Een psychische aandoening is een uiting van iemand die niet mee kan, iemand die niet voldoet aan de verwachtingen van een moderne samenleving. Aan de basis liggen inherente gebreken, zoals niet bestand zijn tegen stress. De zwakke individuen kunnen de druk van het leven niet aan. Nochtans ervaren andere mensen nog meer stress en kunnen zij er wel prima mee omgaan. De enige oplossing is om deze zwakke schakels uit de ketting te verwijderen.



De zwakste schakel is een frame dat resulteert in het beeld van een psychische aandoening als “een teken van zwakte” (*Het Belang van Limburg*, 16/04/2015): ze komen voor bij mensen die niet in staat zijn om te voldoen aan de eisen van de maatschappij. Waar de meeste mensen gewoon kunnen blijven doorgaan, hebben zij hun breekpunt al bereikt. Zo wordt een burn-out door de betrokkenen zelf gezien als falen (*Flair*, 22/09/2015; *Libelle*, 1/12/2016). De algemene visie rond verslaving is dan weer dat het iets is voor “de aan lager wal geraakten” – iets wat de “gewone burger niet zal overkomen” (Loïs Bisschop, *Ik ben Loïs en ik drink niet meer*).

Het is niet verwonderlijk dat “geestelijke gezondheidsproblemen niet altijd serieus genomen worden” (*Krant van West-Vlaanderen*, 2/10/2015). Als de rest van de mensen de stress wel aankunnen, waarom deze persoon dan niet?

“Een moeder die zo diep zit, wil haar kinderen niet alleen achterlaten in een wereld die zij zelf niet aankan.”

Het Laatste Nieuws, 3/10/2015

Dit frame suggereert dat de karakter- en persoonlijkheidskenmerken de betrokkenen vatbaar maken voor een psychische aandoening. Zo zou perfectionisme de oorzaak zijn van onder meer burn-out (*Plus Magazine*, 18/04/2015), anorexia (*Moustique*, 7/01/2015) en obsessieve-compulsieve stoornissen (*De Morgen*, 29/08/2015). Van sommige van deze negatieve eigenschappen wordt aangenomen dat ze genetisch bepaald zijn.

“Ik las dat zijn vader eerder een zelfmoordpoging had gedaan. Dan spelen die afkomst en de genen toch een rol.”

De Morgen, 26/09/2015

“Outre le contexte de vie et l’environnement, la génétique joue aussi un rôle dans la susceptibilité à l’alcoolisme. En étudiant les jumeaux, les scientifiques ont démontré que l’hérédité expliquerait 50 % des problèmes liés à l’alcool.”

Moustique, 8/07/2015

Aangezien het hier gaat om karaktereigenschappen van het individu, zijn deze zaken niet eenvoudig op te lossen. De enige optie voor de maatschappij is om deze zwakke schakels uit de ketting te verwijderen, om te vermijden dat iedereen lijdt onder deze “tweederangsburgers” die niet meekunnen (*La Libre Belgique*, 5/12/2015).

“Mensen die niet weerbaar zijn tegen anorexia sites, zijn volgens mij ook niet weerbaar tegen andere zaken: gokken, drugs en alcohol. Ik vind niet dat al deze zaken verboden moeten worden omdat er een paar mensen zijn die hier niet mee om kunnen gaan.”

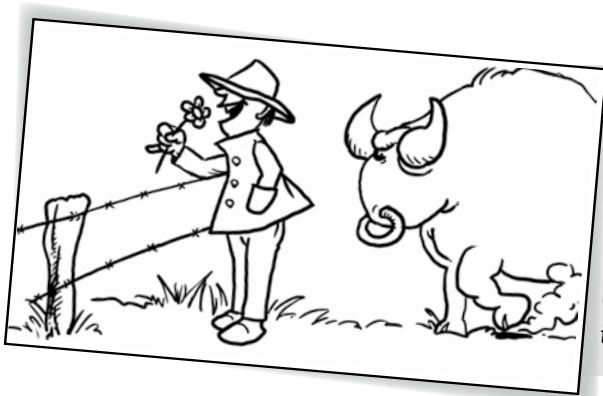
Lezersreactie, *De Wereld Morgen*, 14/08/2015

De redenering kan echter ook worden omgekeerd: zelfs sterke mensen kunnen zwak worden gemaakt door een psychische aandoening. Zo zorgen zowel dwangneuroses (*Het Laatste Nieuws*, 20/08/2015) als psychoses (*Libelle*, 19/10/2015) ervoor dat opletten op school moeilijk wordt, waardoor de persoon met een psychische aandoening het leven moet aanvangen met een achterstand. De verwachting van de maatschappij dat zij “zwak” zijn, ontnemt hen evenzeer kansen.

“Ik maakte geen schijn van kans meer op mijn vorige werk. Ik had het gevoel dat ze me niet meer wilden. Ik stond er precies bekend als de zottin met schizofrenie. Wat ik ook zei, ze leken voor zichzelf uitgemaakt te hebben dat ik zwak was en het niet meer aankon.”

Het Nieuwsblad, 4/12/2015

Ten slotte zijn er mensen die beweren dat ze psychische problemen hebben of veinzen om op die manier het systeem uit te buiten. Aangezien de maatschappij ervan uitgaat dat mensen met een psychische aandoening zwak zijn, kan het label misbruikt worden als “een truc om [de dader] ontoerekeningsvatbaar te doen verklaren” (*De Standaard*, 10/12/2015). Op die manier kan men ontsnappen aan een zware veroordeling, zelfs indien men een zware misdaad gepleegd heeft (*Krant van West-Vlaanderen*, 4/09/2015). Ook zijn er ouders die een psychische klacht verzinnen voor hun kind, omdat ze niet willen toegeven dat hun opvoeding gefaald heeft (*De Standaard*, 18/03/2015). De verzonden psychische klacht is met andere woorden een manier waarop sommige ouders de verantwoordelijkheid van zich af schuiven.



Een gemakkelijke prooi

Een psychische aandoening is een zodanig vaag iets dat er een heuse industrie rond ontstaan is, van middeljes, therapeuten en onderzoekers die uit zijn op financieel gewin. Zij spinnen garen bij de vele mensen die worstelen met psychische aandoeningen en die door hun goedgegelovigheid en gebrek aan kennis een gemakkelijke prooi vormen. Een verder gevolg is dat normaal gedrag als pathologisch wordt bestempeld.

In het laatste problematiserende frame uit de lijst, *Een gemakkelijke prooi*, wordt er opnieuw een metafoor gehanteerd, ditmaal om specifiek te focussen op de band tussen de persoon met een psychische aandoening en de *big business* die rond geestelijke gezondheid gecreëerd is. De centrale stelling is dat de personen in kwestie – veelal eerder zwakke en goedgegelovige individuen – uitgemolken worden door onder meer de farmaceutische industrie en de verschillende soorten therapeuten die de markt rijk is.

“Het blijft overigens lastig of ik over patiënt moet spreken of toch maar cliënt. Of misschien zelfs consument, in de hedendaagse gezondheidszorg is de patiënt vooral een consument die een stuk psychische gezondheid, met dank aan zijn verzekering, hoopt aan te schaffen.”

de Nederlandse schrijver Arnon Grunberg (*De Morgen*, 13/07/2015)

In dit frame maakt de geestelijke gezondheidsindustrie handig gebruik van de vage definitie van psychische aandoeningen om mensen te doen geloven dat ze last hebben van één of andere aandoening, zelfs al hebben ze in realiteit geen probleem. Nagelbijten (onychofagie), kinderen die voortdurend wiebelen op hun stoel (ADHD) en heel graag met de gameboy spelen (gameverslaving) worden dan al snel bestempeld als ziekelijk gedrag.

“Intussen ging ik zelf wel in de DSM-V op zoek naar wat borderline was. Ik herkende me daar wel in, ja. Maar wie niet?”

Humo, 22/09/2015

“L’industrie pharmaceutique aurait-elle créé cet ensemble de symptômes pour écouler ses molécules? Du psychomarketing?”

La Libre, 14/02/2015

“A la moindre émotion déstabilisante, nous voilà qualifiés, à tort et à travers, de “borderline” (comprenez “personnalité limite”). Friands de diagnostics hâtifs, vous avez peut-être déjà intégré ce terme fourre-tout dans votre vocabulaire afin de désigner (ou de dénoncer) une impulsivité ou une hyperémotivité envahissante qui échappent à toute rationalité.”

Le Vif, 13/11/2015

De behandelingen die de industrie verkoopt zijn duur en vaak helemaal niet effectief: zo rapporteerde *Het Laatste Nieuws* (3/10/2015) over een zaak waarbij een behandeling “aan 500 euro per sessie van een uur” toch niet kon voorkomen dat een depressieve moeder haar kroost probeerde te doden. Psychiaters spenderen soms “amper vijf minuten” aan hun patiënten en kijken niet voorbij de labels die de patiënten al gekregen hebben (*De Morgen*, 5/12/2015). Verder zijn de medicijnen die men voorschrijft niet meteen ideaal. *Knack* (26/10/2014) rapporteert dat antidepressiva slechts in zowat de helft van de gevallen werkzaam zijn, enkel helpen bij langdurig gebruik en dat de bijwerkingen eveneens niet mis zijn:

“Sinds ik weet dat ik last heb van prepsychoses, krijg ik medicatie. Maar ik ben ermee gestopt, omdat ik te veel last had van de bijwerkingen. Van het ene medicijn werd ik heel onrustig; het andere veranderde me in een zombie, met kwijl en alles.”

Humo, 22/09/2015

“Une large étude canadienne dans la revue *Pediatric*, qui montre que la prise de tels médicaments [antidépresseurs] pendant la grossesse accroîtrait de 87% le risque d’autisme pour l’enfant.”

Le Soir, 15/12/2015

In dit frame begeeft de ‘industrie’ van psychofarmaca zich op gevaarlijk en onethisch terrein. Alle middelen zijn geheiligd om meer “geneesmiddelen” te verkopen. Uit de “weggemoffelde onderzoeksresultaten” van Seroxat (*De Morgen*, 18/09/2015) bleek dat dit antidepressivum bij kinderen en adolescenten “ernstige nevenwerkingen kan opwekken, zoals gedachten aan zelfdoding” (*Het Nieuwsblad*, 18/09/2015). Met andere woorden, het medicijn maakt de aandoening erger, wat zorgt voor een vicieuze cirkel waarbij de producent telkens langs de kassa passeert. De “mindfulnessbusiness” promoot dan weer interventies “waarvan de wetenschappelijke basis niet altijd even solide lijkt” (*Knack*, 9/09/2015).

“Comme si le médicament donnait suffisamment d’énergie au jeune dépressif pour passer à l’acte [auto-agressif et suicidaire], mais sans pour autant être efficace au niveau de la dépression...”

L’Avenir, 22/09/2015

Verder kunnen patiënten op andere manieren het slachtoffer worden van de gezondheidsindustrie. Op basis van hun literatuurstudie geven Klin en Lemish (2008) enkele stereotiepe beelden van psychiaters. Ze worden soms voorgesteld als wraakzuchtig, wellustig, doorgedraaid en seksueel pervers. Verder heerst in fictie onder meer het stereotype dat ze zeer *manipulatief* zijn. Zo zouden ze hun macht over hun patiënten misbruiken, bijvoorbeeld voor onethische seksuele relaties (Von Sydow & Reimer, 1998). De kwetsbare patiënt is een perfecte prooi voor mensen met slechte bedoelingen. Zo was er in 2012 nog de publieke biecht van hoogleraar en psychiater Walter Vandereycken van de KU Leuven die toegaf twintig jaar lang seksuele relaties met patiënten te hebben gehad. De oplossing is volgens dit counterframe te vinden in de “ontmaskering” van nep-therapeuten, de farmaceutische industrie en het door hen gesponsorde onderzoek (*De Morgen*, 18/09/2015).

Evaluatie: Schuldigen en slachtoffers

De problematiserende frames stellen de directe betrokkenen voor als daders of als slachtoffers. Drie problematiserende frames hebben een sterk stigmatiserend karakter. Enerzijds omdat binnen deze denkkaders de persoon met een psychische aandoening de kern van het probleem vormt, anderzijds omdat de bijbehorende oplossing telkens bedrieglijk eenvoudig lijkt, namelijk het hard aanpakken van deze *schurken*.

- *Angst voor het onbekende*: de persoon in kwestie mijden of levenslang opsluiten
- *Zelfcontrole*: de persoon in kwestie moet de rug rechten en stoppen met het destructieve gedrag
- *De zwakste schakel*: de persoon in kwestie kan niet mee en moet ervan tussen

Ook bij de twee overige problematiserende frames is de oplossing bedrieglijk eenvoudig. De kern van het probleem is echter niet meer bij de persoon in kwestie gesitueerd. Bij *Het monster* speelt het individu wel nog een bepalende rol, want het buiten zichzelf plaatsen van de aandoening is ook een *coping-mechanisme*: de psychische aandoening is dan iets externs dat bekampt moet worden. Bij een verslaving gaat het dan bijvoorbeeld over die vervloekte spuit of die vervelende drankduivel, en bij een depressie is het bijvoorbeeld een zwarte hond die getemd moet worden (zie Figuur 5). Door de externalisering van de aandoening, wordt de persoon in kwestie een *slachtoffer* van een boze kracht die van buitenaf komt.

Figuur 5: Beeld uit de Britse sensibiliseringscampagne van SANE, gemaakt door illustrator Matthew Johnstone en afkomstig uit zijn boek 'I had a black dog'. Onderschrift: "Hij hield ervan me wakker te maken met erg repetitieve en negatieve gedachten" (bron: <http://www.sane.org.uk>)



Het monster-frame is bijgevolg een geschikt frame om een psychische aandoening te problematiseren. Het gegenereerde beeld wekt sympathie op voor het slachtoffer en dat vanuit medelijden. Het grote nadeel van dit beeld is echter dat het slachtoffer zwak is. Hulp van buitenaf is nodig, wat kan appelleren aan het mededogen van buitenstaanders (bijvoorbeeld bij fondsenwerving). Een hoopgevend beeld is het echter niet. Daarom dat dit frame bij voorkeur in combinatie met een van de hierna besproken counterframes ingezet wordt.

Het frame *Een gemakkelijke prooi* heeft met *Het monster* gemeen dat het de persoon met een psychische aandoening eveneens in een slachtofferrol plaatst. Het is zelfs een dubbele slachtofferrol, want de betrokkene heeft niet alleen te lijden onder de aandoening, maar ook onder het gedrag van malafide personen, de farmaceutische industrie en therapieën waarvan de doeltreffendheid niet op wetenschappelijke leest geschoeid is. Goedgelovigheid of naïviteit van de personen met een aandoening zouden daarbij een rol spelen. Dit frame plaatst de thematiek in een breder kader en integreert meteen een aantal discutabele, kritische en sceptische opvattingen in het totaalbeeld over psychische aandoeningen: psychofarmaca die meer kwaad dan goed zouden doen, het buitensporige voorschrijfgedrag van deze geneesmiddelen door artsen, charlatans en kwakzalvers die zich onterecht de titel van psychotherapeut toe-eigenen enzovoort. Ieder van deze thema's zou het onderwerp van een framestudie kunnen vormen, maar daartoe ontbreekt de ruimte hier. Het voornaamste punt is opnieuw de rol die de persoon met een psychische aandoening toegedicht krijgt, namelijk dat van passief slachtoffer. Het gevolg is dat alternatieve, actieve opvattingen buiten het blikveld worden gehouden. Mogelijk stuurt een directe betrokkene zelf aan op het voorschrijven van bijvoorbeeld tranquillizers en antidepressiva. Een andere mogelijkheid is dat iemand bewust kiest voor een alternatieve en mogelijk wat 'zweverige' therapie, en dit niet uit naïviteit maar om te kijken of dat het is wat men nodig heeft.

Zeven deproblematiserende counterframes

Een mozaïek

Een psychische aandoening is een uiting van een gevoeligheid, kwetsbaarheid of aanleg, die slechts één van de vele karaktertrekken uitmaken die iedere mens bezit. Waarom net die persoon er op die manier mee te maken krijgt, is moeilijk te duiden. Omdat iedereen de eigenschappen en gevoelens echter ook bij zichzelf herkent, reageert de samenleving toleranter en inclusief. Er wordt gezorgd voor een omkadering, zodat de capaciteiten van ieder individu benut kunnen worden.



Een mozaïek is een eerste van zeven deproblematiserende counterframes die uit de analyse naar voor kwamen. De onderzoekers kozen voor een mozaïek als metafoor voor het gegeven dat iedere mens uit vele verschillende facetten bestaat. Een psychische aandoening is er daar mogelijk één van, maar dit is – in tegenstelling tot het frame *Angst voor het onbekende* – zeker geen allesbepalende factor. Meer zelfs, iedere mens beschikt in meer of mindere mate over symptomen:

“De observatie dat het ‘ik’ niet meer is dan een verzameling symptomen, en dat het er vervolgens slechts om gaat vast te stellen of die symptomen bijdragen aan ons zogenaamde succes in het leven, of dat die symptomen het ‘normale’ functioneren in de weg staan, trof mij.”

Arnon Grunberg, *De Morgen*, 13/07/2015

“Maar er zijn ook lichtere vormen van obsessief compulsieve stoornis (OCS). Het kan zich beperken tot onschuldige vormen van bijgeloof, zoals oorbellen die geluk brengen of voetballers die ritueeljes volgen. Iedereen vertoont wel eens dwangmatig gedrag.”

Gazet van Antwerpen, 20/08/2015

“Finalement, nous sommes tous un peu fragiles, obsessionnels et excessifs, plaisante Jean-Michel Fourcade. Tout est une question de degré...”

Le Vif, 13/11/2015

Met andere woorden, mensen met een psychische aandoening “zijn uiteindelijk net zo abnormaal als wij allemaal” (columnist en ex-voetballer Jan Mulder, geciteerd in *De Morgen*, 29/08/2015). Uit de hoge prevalentiecijfers van psychische aandoeningen blijkt verder dat psychische aandoeningen eveneens alles behalve uitzonderlijk zijn: uit onderzoek is gebleken dat meer dan de helft (51%) van de Vlamingen ooit al een psychisch probleem heeft gehad (Coppens, Vermeulen, Neyens, & Van Audenhove, 2014). Psychische aandoeningen discrimineren niet: ze komen voor op alle leeftijden, bij beide geslachten en in alle beroepscategorieën (*La Dernière Heure*, 15/05/2015).

Het counterframe *Een mozaïek* is een uitnodiging om een persoon met een psychische aandoening daar niet toe te reduceren, maar hem of haar in alle facetten te bekijken. De samenleving zou mensen met een aandoening moeten aanvaarden en hen volledig laten deelnemen aan het maatschappelijke leven. Zoals bij andere minderheidsgroepen, vereist dat enige tegemoetkoming. Het is echter niet de taak van de samenleving om te bepalen wanneer iemand in therapie moet of moet “veranderen”. Enkel de persoon met de psychische aandoening zelf kan dat bepalen.

“Derrière ce grand « coming out », le mouvement revendique la « neurodiversité », qui défend l'idée que l'autisme, la dyslexie ou le déficit de l'attention constituent une partie intégrante de la diversité humaine”

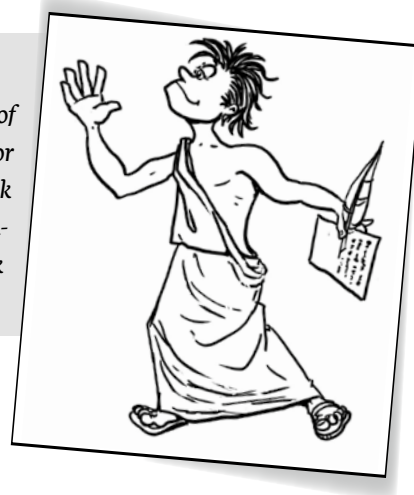
Le Vif, 1/05/2015

Maar toch heeft dit counterframe ook duidelijke beperkingen. Bijvoorbeeld, voortredenerend op het schrappen van homofilie als een ziektebeeld uit de DSM-V, gaven twee filosofen al aan dat dit moeilijke vragen oproept voor de ‘perversies’ die wel

nog aanwezig zijn in het naslagwerk (*Knack*, 11/11/2015), onder andere pedofilie. Zij besluiten dat als “je zegt dat homoseksualiteit geen ziekte is, je óók moet aanvaarden dat fetisjisme en pedoseksualiteit evenmin ziekten zijn”. Het normaliseren van een psychische aandoening kan verder ertoe bijdragen dat het onderscheid met karaktertrekken en persoonlijkheidskenmerken vervagen. Een burn-out wordt dan mogelijk het gevolg van een gebrek aan pragmatisme, van een grote perfectionistische ingesteldheid en van de neiging om alles complexer en moeilijker te maken dan ze werkelijk zijn. De aandoening is dan geen aandoening meer maar een persoonskenmerk. In dat geval is de enige ‘oplossing’ voor de buitenwereld deze persoon als de zwakste schakel te zien. Op die manier kan een deproblematiserend counterframe toch een problematisch beeld genereren.

Het bijzondere

Een psychische aandoening is een uiting van een bijzondere karaktertrek of mentale kracht. Het is iets dat weggelegd is voor buitengewone mensen of voor mensen die zich als uniek willen voordoen. Maar mogelijk voelt men zich ook miskend. Bijzondere aandacht voor mensen met unieke psychische eigenschappen is daarom nodig, hoewel dat dit het doelbewust willen opvallen ook kan uitlokken.



Volgens het counterframe *Het bijzondere* zijn het vooral mensen met een bijzonder talent of mentale kracht die psychische kwetsbaarheden hebben: ze zijn bijvoorbeeld hoog begaafd of hoog sensitief. Terwijl bij het problematiserende frame *Angst voor het onbekende* de “normalen” zich afzetten tegen “de abnormalen”, gebeurt bij dit counterframe het omgekeerde: de bijzondere minderheid zet zich af tegen de massa normalen. De personen met een psychische ‘bijzonderheid’ willen of kunnen niet als doorsnee gezien worden. Het is een beeld dat regelmatig voorkomt in de populaire cultuur: zo zijn er volgens Draaisma (2009) nauwelijks films waarin autisme niet gelinkt wordt aan genialiteit (o.a. *Rain Man* en *Mercury Rising*) en het beeld van de gekwelde kunstenaar is evenzeer vaak voorkomend. De redenering maakt niet duidelijk of de psychische aandoening hun gaven verscherpt, of dat hun excentrieke karakter en gaven hen meer gevoelig maakt voor een geestelijke aandoening. Sommige teksten suggereren dat er een link is tussen de genen voor creativiteit, en die voor schizofrenie en bipolaire stoornissen:

“L’étude a ainsi révélé que ces personnes [danseurs, chanteurs, écrivains, ou musiciens] avaient 17% de chances de plus de posséder les mutations génétiques liées aux conditions de santé mentale.”

RTBF, 9/06/2015

“Le SA (Syndroom van Asperger) est présenté sous des traits sympathiques et évoque, pour le public, une personne originale, décalée, maladroite avec un haut QI, dans laquelle des adultes qui se sentaient « différents » se reconnaissent : une version « bling-bling » de l’autisme, associée à une certaine forme de génie.”

Le Vif, 1/05/2015

Hoe dan ook, volgens dit counterframe is een psychisch probleem dus niets om zich voor te schamen; in tegendeel, mensen die eraan lijden zouden trots moeten zijn omdat zij anders (en in bepaalde opzichten beter) zijn dan de rest van de maatschappij. Veel films laten doorschijnen dat de modale burger zelfs veel zou kunnen leren van mensen met een psychische kwetsbaarheid (Draaisma, 2009). Ook voor ouders kan het hebben van een kind met een psychische problematiek een plus zijn, omdat ze zich op die manier positief kunnen onderscheiden van andere ouders:

“Er zullen ouders zijn die het hip vinden om een autistisch kind te hebben, zoals er mensen zijn die glutenvrij door het leven gaan omdat dat trendy is.”

De Standaard, 18/03/2015

Het counterframe *Het bijzondere* brengt echter verschillende gevaren met zich mee. Ten eerste wijst Draaisma (2009) erop dat het archetype van een “savant” ervoor zorgt dat het grote publiek verwacht dat alle mensen met een psychische aandoening hoogbegaafd zijn. Voor de patiënten zelf kan het teleurstellend zijn als ze de “gewone versie” van de aandoening hebben, zonder de bijzondere gaven waarvan aangenomen wordt dat ze vaak voorkomend zijn.

Ten tweede kan het de geestelijke aandoening in een (te) positief daglicht stellen en zelfs tot een bovenmenselijks iets verheffen. Mensen met een burn-out voelen zich “het slachtoffer van [hun] motivatie en competentie” (*De Standaard*, 1/10/2015). Zelfmoord plegen is een “moedige daad” (*Vice*, 19/01/2016), en hetzelfde geldt voor anorexia: “in jezelf uithongeren zit ook kracht” (*De Morgen*, 25/06/2015). Verder worden “uitgehongerde” topmodellen “verheerlijkt” op pro-anorexia blogs en websites (*De Morgen*, 18/03/2015).

“Het personifiëren van hun ziekte brengt niet alleen jonge vrouwen bij elkaar, maar verheerlijkt het ook. Alleen bij lotgenoten krijgen deze meisjes een gevoel van verbondenheid. Plotseling wordt hun afgezonderde positie van de wereld gerespecteerd; in hun hoofd zijn de tieners niet ziek – ze zijn speciaal.”

Vice, 19/01/2016

“Als een soort fysieke en mentale elite die neerkijkt op al die anderen die klagen over hun gewicht maar niet de kracht hebben om hun probleem radikaal [sic] aan te pakken.”

Samira Atillah, *De Wereld Morgen*, 14/08/2015



Een gebroken been

Een psychische aandoening is een waarneembaar, lichamelijk defect dat vrij precies in kaart gebracht kan worden. Behandelaars wijzen voor de oorzaak van de aandoening naar objectief vaststelbare fysische en fysiologische processen in de hersenen of de rest van het lichaam. Wanneer de diagnose gesteld is, kan de op het defect toegespitste behandeling starten. Deze diagnose biedt bijgevolg hoop op volledige genezing.

Het gips en de krukken zorgen ervoor dat iemand met een gebroken been meteen herkenbaar is. Bij het counterframe *Een gebroken been* biedt dit gegeven het perspectief van waaruit er naar psychische aandoeningen wordt gekeken. De oorzaak van een psychische aandoening is volgens het counterframe *Een gebroken been* een duidelijk aanwijsbaar fysisch probleem, dat “gecorrigeerd” kan worden (*De Morgen*, 2/05/2015). Er zijn “specifieke haperingen” te bespeuren, die moeten worden “rechtgezet” (*De Morgen*, 4/08/2015). Met andere woorden, er is geen wezenlijk verschil tussen psychische aandoeningen en andere ziektes of fysieke ongemakken.

“Zoals iemand verkouden is, heb ik een verkoudheid in mijn hoofd”
Zanger Glenn Claes, *Radio 1*, 18/01/2016

Op basis van de symptomen kan men alle psychische aandoeningen op een objectieve manier omschrijven en ze groeperen in verschillende duidelijk omliggende categorieën, zoals gebeurd is in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Van sommige ziektes weet men exact welke factoren de aanleiding zijn en hoe ze op te lossen zijn, maar van anderen weet men dat nog niet. Door inzicht te krijgen in de biochemische oorzaken van de aandoeningen, zullen er in de toekomst betere behandeling- en preventiemethoden beschikbaar worden (*De Tijd* 29/09/2015). Op die manier is men er bijvoorbeeld reeds in geslaagd om “een pil tegen depressie, angst en paniek” te ontwikkelen (*Knack*, 26/10/2014).

“Les gaz d’éclairage, en contact avec différents métaux lourds tels que le mercure et le plomb, ont provoqué chez le peintre [Vincent Van Gogh] des maux de tête et des évanouissements, jusqu’à le mener à la dépression et enfin au suicide.”
Metro, 5/10/2015

“Les chercheurs ont ainsi identifié, à partir de plus de 80.000 prélèvements, 128 variations génétiques indépendantes, dans 108 régions précises du génome, dont 83 nouvelles, pouvant contribuer à la prédisposition à la maladie [schizophrénie].”
RTBF.be, 22/06/2014

Een combinatie van medicatie en therapie biedt de uitweg (o.a. *Gazet van Antwerpen*, 20/08/2015; *Story*, 16/06/2015) en zou heel effectief zijn. In het geval van fobieën laat *Libelle* (6/08/2015) optekenen dat “85% van de patiënten die zich laten behandelen, geneest”.

De andere kant van de medaille is dat een diagnose noodzakelijk is vooraleer de behandeling kan starten: dokters weten geen weg met patiënten die hun klacht niet duidelijk kunnen formuleren (*Humo*, 22/09/2015). Zoals het gezegde gaat, is voorkomen nog altijd beter dan genezen. Gelukkig kunnen psychische problemen ook voorkomen worden door de “mentale hygiëne te verzorgen” (*De Tijd*, 29/09/2015). Door psychische aandoeningen gelijk te schakelen met fysieke aandoeningen, hoopt men bovendien dat patiënten minder gestigmatiseerd zullen worden.

“Het [terugbetaald krijgen van bezoek aan therapeut] zou nochtans een belangrijke stap richting ‘normalisering’ zijn - je bent niet raar omdat je een depressie hebt. Depressie is iets wat iedereen kan overkomen. Want je kunt er een geel kleefbriefje op plakken.”

Radiomaakster Barbara Rottiers, *De Morgen*, 19/09/2015



De ongenode gast

Een psychische aandoening zorgt voor een niet voorziene wending in het leven. Het komt zomaar iemands leven binnengewandeld en vertegenwoordigt zodoende een last en een wispelturigheid waarmee men moet leren omgaan. Belangrijk is echter dat men daardoor ‘het feestje’ niet laat vergallen. Dit kan door de nodige flexibiliteit aan de dag te leggen en intussen proberen te genieten van de dingen die men ‘samen’ beleeft.

Net zoals de strijd aanbinden met *Het monster* vrij uitzichtloos is, geraak je ook nooit met zekerheid af van *De ongenode gast*. De ongenode gast is een archetype dat, net zoals onder meer een onverwachte kostganger of een vreemde reisgezel, niet meteen een leuk gegeven vertegenwoordigt. Het verschil met *Het monster* is echter dat men het niet meteen aan de stok heeft met de ongenode gast; het blijft immers een gast. Echter, hij stelt de gastheer of -vrouw voor de uitdaging hoe ermee om te gaan. Het is immers enkel door de aandoening te accepteren (*Humo*, 22/09/2015), te benoemen (*Het Nieuwsblad*, 18/08/2015) en het te integreren in het leven (*Agence France-Presse*, 16/06/2015), dat een patiënt er mee kan leren leven (*Gazet van Antwerpen*, 16/01/2015).

“Mais Emma a appris à accepter ses attaques: Elles font partie de moi.”

Flair, 19/11/2014

Eenmaal de persoon in kwestie de ziekte en haar symptomen begrijpt en accepteert, moet hij of zij niet meer bang zijn van de aandoening. Natuurlijk kunnen symptomen nog opduiken (*Dag Allemaal*, 20/07/2015), soms zelfs op zeer vervelende momenten, maar dit staat niet in de weg dat men van zijn of haar leven kan genieten. De aandoening beheerst of overheerst immers het leven niet meer. Dat kan zelfs handig zijn, of grappige momenten opleveren:

“Samen lachen we zelfs om onze psychoses. Zo van: ‘Weet je wat ik nú heb uitgestoken? Ik ben met een standbeeld gaan praten!’ Terwijl ik met dat standbeeld stond te praten, zei ik tegen mijn begeleider: ‘Excuseer, kun je even wat verderop gaan staan. Dit is een privégesprek.’ (lacht).”

Humo, 22/09/2015

“Femme d'affaires, Évelyne, elle, a pris l'habitude de demander conseil aux voix qui l'habitent...”

Moustique, 21/10/2015

En net zo onverwacht als die gast voor de deur stond, is er een kans dat die alsnog het huis verlaat: “La dépression peut également être un état passager qui ne nécessite aucun traitement” (Moustique, 16/21/2015). Maar of die gast plots toch weer zal opduiken, valt nooit helemaal uit te sluiten.

Een aardverschuiving

Een psychische aandoening is een begrijpelijke reactie op een externe, traumatiserende gebeurtenis in het leven waar niemand tegen opgewassen is. De oorzaak van de aandoening is aanwijsbaar en verklaarbaar, maar eventueel ook onverwerkt gebleven of verdrongen. Belangrijk is om er niet van weg te lopen. Door het begrip en de erkenning van anderen is er ook hoop op herstel.

Het counterframe *Een aardverschuiving* is opgebouwd rond een natuurramp als metafoor om aan te geven dat een psychische aandoening een (begrijpbare) reactie is op een noodlottige gebeurtenis. De directe aanleiding is in dit counterframe duidelijk gekend, maar in tegenstelling tot *Zelfcontrole* is het hier niet een inwendige factor, maar zijn het externe factoren die de aandoeningen ‘triggeren’.



Het kan bijvoorbeeld gaan om pestgedrag (Dag Allemaal, 8/12/2015), een jeugdtrauma (Libelle, 6/08/2015), een echtscheiding of het overlijden van een dierbare (Het Nieuwsblad, 10/11/2014). Verder kan de opvoeding een oorzaak zijn voor geestelijke gezondheidsproblemen. Zo hebben mensen die in de kindertijd moesten presteren om liefde te krijgen van hun ouders, meer kans op een burn-out in het latere leven (Knack, 9/09/2015). Als gevolg van (tenminste) één van deze externe oorzaken heeft de patiënt “krassen op de ziel” opgelopen (De Morgen, 29/02/2012), die de psychische aandoening veroorzaken.

“La plupart des entendeurs de voix non cliniques ont été confrontés à une ou plusieurs expériences traumatisantes dans leur enfance.”

Moustique, 21/10/2015

“Ook minder heftige gebeurtenissen kunnen leiden tot OCS, bijvoorbeeld verraad: als iemand gekwetst of in de steek gelaten wordt door iemand die hij vertrouwde. De geestelijke schade kan een acute stress-stoornis veroorzaken die kan leiden tot dwangmatig wassen. Behandel iemand als een stuk oud vuil en hij voelt zich oud vuil.”
Het houdt niet op: leven met een obsessieve compulsieve stoornis.

Een persoon met een psychische aandoening kan er weliswaar van herstellen, maar nooit helemaal genezen van het trauma. Anthony (1993) stelt in zijn beschrijving van herstel-therapieën dat “herstellen van een catastrofe” niet wegneemt dat die pijnlijke gebeurtenis heeft plaatsgevonden. Het leven is voorgoed veranderd, en zelfs na het herstel kan iemand er nog altijd negatieve effecten van ondervinden (p. 527). Het mentale litteken blijft dus voor altijd aanwezig, en de persoon zal dus kwetsbaar blijven voor hervat.

“De littekens - vooral mentaal - zijn nog lang niet geheeld. ‘Ze is hersteld maar helemaal niet ongeschonden’, zegt een tante ons.”

Dag Allemaal, 24/03/2015



De tocht

Een psychische aandoening vormt een ware beproeving, maar ze biedt ook kansen om zichzelf te herdefinieren en te groeien, mits de nodige veerkracht en volharding. De psychische aandoening lijkt aanvankelijk echter een niet te bedwingen obstakel. Gelukkig is er ook de hulp van anderen waarop men kan rekenen: artsen, therapeuten, vrienden enzovoort. Zij tonen begrip, bieden ondersteuning en kunnen als gids fungeren.

De mythische voorstelling van het leven als een reis bezaaid met te overwinnen obstakels, zoals in *De Odyssee* van Homeros, fungeert in het counterframe *De tocht* om specifiek naar het proces van herstel van iemand met een psychische aandoening te kijken. Het herstelproces is als het bewandelen van een “lange” (*Flair*, 22/09/2015) en “moeilijke weg” (*Flair*, 9/06/2015), in het uiterste geval is het zelfs een ware “lijdensweg” (*Het Nieuwsblad*, 16/06/2015). De aandoening zelf kan eveneens beschreven worden als een pad, dat echter leidt tot een ongewenste bestemming, zoals “blijvende lichamelijke en geestelijke beschadiging, en soms tot de dood” (*De Wereld Morgen*, 14/08/2015). In dat opzicht is een aandoening eerder een dwaalspoor waarbij er behoefte is aan een gids. Anderzijds kan de aandoening worden voorgesteld als een hindernis - als een beer op de weg - die de reiziger dwingt van koers te veranderen.

“Quand le diagnostic est posé, ça change votre trajectoire de vie invariablement, parce que certains patients me dit, voilà, je ne me reconnais pas, vos relations sont en train de changer, je ne sors plus, je ne prends plus de plaisir dans les activités habituels, ça change le trajectoire de la vie.”

Expert interview, 28/01/2016

“Pas als je je angsten echt onder ogen ziet, zal je veiligheid kunnen vinden. Het is een verschrikkelijke reis, maar ik heb ze toch kunnen doorstaan.”

Het Nieuwsblad, 12/09/2015

Een belangrijk aspect binnen dit veelzijdige counterframe is dat men door de hindernissen op de weg te overwinnen, kan groeien. De reiziger moet “van de nood een deugd maken, van een zwakte een sterkte” (*De Morgen*, 2/05/2015). Op die manier kan de ziekte uiteindelijk zelfs als een “cadeau” gezien worden (*Flair*, 22/09/2015). De beperking kan “deuren openen, mogelijkheden scheppen, leerzaam zijn en dingen mogelijk maken die anders ondenkbaar zouden hebben geleken” (*De Standaard*, 14/02/2015). Een crisis is een kans (Loïs Bisschop, *Ik ben Loïs en ik drink niet meer*), de beperking is een “superlevensles” (*Goed Gevoel*, 22/06/2015), want de aandoening zelf of de therapie zorgt ervoor dat men zichzelf en de maatschappij beter leert kennen.

“J’essaie surtout de travailler sur moi-même. J’ai appris à suivre mon instinct, à écouter les signaux que mon corps m’envoie et à faire ce qui me plaît.”

Flair, 30/09/2015

“Mijn burn-out heeft me op een heel andere manier naar mezelf doen kijken. En naar het werk, dat uiteindelijk ‘maar’ werk is en nooit ten koste mag gaan van mijn gezondheid.»

Libelle, 10/09/2015

Toch mag niet onderschat worden hoe lastig de tocht kan zijn: reizigers torsen immers een rugzak vol problemen mee (*Humo*, 22/09/2015), soms geraken ze het spoor bijster (*De Morgen*, 29/06/2015), en soms zullen ze “uitschuivers” maken (*Het Laatste Nieuws*, 21/01/2015). Gelukkig staat de reiziger er niet alleen voor: niet alleen de vrienden en familie, maar ook de therapeut zorgt voor steun. Ze geven haar of hem “van tijd tot tijd” een “duwtje” in de rug (*Libelle*, 6/08/2015).

“En heus, er zijn momenten waarop ik denk van mijn stoel te zullen vallen, pardoes de diepte in. Maar het tegendeel bewijst zich telkens weer: ik val nog wel, maar niet zo diep meer. Hoogstens hou ik er een hematoom aan over. Of misschien een beperkte schaafwonde. Een klever is dan ook nooit ver uit de buurt. Net omdat ik me stil-gedragen voel door de mensen rondom me.”

Otje, *Herstellen kan je zelf*

Het aanwezig zijn van mensen die geloven in de reizigers, en hun bijstaan en het herstel aanmoedigen, is van essentieel belang (Anthony, 1993, p. 18; *Herstellen kan je zelf*). Deze gidsen (artsen, therapeuten, buddy’s, coaches, vrienden, familieleden, lotgenoten, ...) helpen de personen met een psychische problematiek, maar het zijn nog altijd zijzelf die de reis moeten (willen) maken.

“L’objectif de ces thérapies est d’amener progressivement la patiente à reconnaître sa valeur personnelle.”

Le Soir Magazine, 10/06/2015

De kanarie in de mijn

Een psychische aandoening is een symptoom van een samenleving die te veelzijdig is geworden en die structureel stresserend en zelfs destructief is. Het toenomen individualisme, de zware competitie, de eis van perfectie en de hoge prestatiedruk hebben ertoe geleid dat iedereen constant op de toppen van de tenen moet lopen. De enige oplossing is losbreken uit het systeem door de structuren in vraag te stellen en gezamenlijk te werken aan een gezondere samenleving.



Het counterframe *De kanarie in de mijn* maakt opnieuw gebruik van een metafoor, en dat vooral om in te gaan tegen de redenering van *De zwakste schakel*. Als een kanarie in de mijn van zijn stokje gaat dan wijst dat de mijnwerkers op een onzichtbaar gevaar. Drastisch ingrijpen is dan noodzakelijk. Met andere woorden, volgens dit counterframe ligt de oorzaak van de psychische aandoening niet bij het individu. De aanleiding is

duidelijk extern te situeren. Psychische aandoeningen hebben, volgens dit counter-frame, “vooral te maken met de druk van onze maatschappij” (*Story*, 16/06/2015).

Chronische stress is een fenomeen van deze tijd (Scott Stossel, *Mijn tijdperk van de angst*). Mensen nemen minder rustpauzes, moeten constant bijleren, flexibel zijn (*De Tijd*, 29/09/2015). De “overwerkcultuur” kan “fataal” zijn voor personen met een predispositie voor workaholisme (*De Standaard*, 1/10/2015). Alcoholisme wordt in de hand gewerkt, omdat “onze samenleving ons bijna verplicht om te drinken” (*Het Nieuwsblad*, 4/11/2015). De media hebben er eveneens een hand in (Loïs Bisschop, *Ik ben Loïs en ik drink niet meer*). Anorexia wordt in de hand gewerkt omdat “de modewereld impliceert dat vrouwen tot op een pathologisch niveau mager moeten zijn om mooi te zijn” (*De Morgen*, 18/03/2015). Jonge kinderen hebben nood aan liefde en aandacht, maar hun ouders moeten snel na de geboorte opnieuw aan het werk en zijn dus gestrest, overwerkt en vermoeid. Ze hebben niet de tijd om voor hun kinderen te zorgen. Dit zorgt voor gedragsproblemen en psychosomatische klachten bij de kinderen (*Le Vif*, 16/01/2015). Het afbrokkelen van gevestigde gezagspatronen treft vooral kwetsbare jongeren, “want zij hebben nog meer nood aan structuur” (*Knack*, 26/08/2015).

“Les psys sont catégoriques : les transformations de nos sociétés occidentales ont fait exploser le nombre des borderline.”

Le Vif, 13/11/2015

De druk is voor iedereen “heel hoog”, maar met name voor jongeren wordt de situatie “onhoudbaar” (Inge Delva, *Zoekende zonen*). Ouders eisen veel, maar vinden vaak de tijd niet om zich echt om hun kinderen te bekommeren (*Knack*, 26/08/2015). Het internet en de sociale media zorgen voor een “constante stroom van indrukken” die nooit meer ophoudt (*Knack*, 26/08/2015). Dit kan een bron van angst, depressie en slapeloosheid zijn (*LaLibre.be*, 17/09/2015).

“Vaak leggen de ouders hun kroost veel te veel druk op. Ze moeten bij de beste club voetballen én eerste van de klas zijn. De kinderen proberen mee te draaien in de mallemlen maar op een gegeven moment crashen ze.”

Het Laatste Nieuws, 4/12/2015

In plaats van de persoon met de psychische aandoening de schuld te geven van een aandoening waar hij of zij niets aan kan doen, is het de maatschappij die moet veranderen om te voorkomen dat er nóg meer mensen gaan lijden onder een psychische aandoening. Deze laatste kunnen dus gerust wat gas terugnemen:

“Il faut ralentir le rythme et cesser de se fixer des challenges impossibles.”

Le Vif, 16/01/2015

Evaluatie

Volstrekt normaal?

Waar heeft een persoon met een psychische aandoening het meeste baat bij: dat deze wordt gezien als abnormaal (*Angst voor het onbekende*), als bijzonder (*Het bijzondere*) of als normaal (*Een mozaïek*)? Twee overwegingen zijn daarbij van belang. Ten eerste is het van belang dat de betrokkene niet de indruk heeft dat het iets uitzonderlijks is, waardoor de indruk kan ontstaan dat men de enige is die met een psychische aandoening te kampen heeft. Ten tweede mag de betrokkene niet het gevoel hebben dat er niets aan de hand is en dat er geen aandacht is voor wat men zelf toch als iets abnormaals ervaart. Een te sterke normalisering houdt dus eveneens risico's in.

Deze bedenking in het achterhoofd houden is van belang wanneer het counterframe *Een mozaïek* wordt toegepast. De psychische aandoening is slechts één facet van een veel complexer persoon. Het is bijgevolg belangrijk om de persoon niet tot de aandoening te herleiden. De Vlaamse zangeres Selah Sue is bijvoorbeeld het gezicht van de campagne *Te Gek!?*, de organisatie die psychische problemen bespreekbaar wil maken. Selah Sue is gekend voor haar muzikale talent, maar daarnaast is er Sanne Putseys (zoals ze werkelijk heet) die regelmatig af te rekenen krijgt met depressies. Deze depressies zijn niet 'normaal', maar maken deel uit van haar persoon. Het belangrijkste is dat ze een manier heeft gevonden om er mee om te gaan, in haar geval door een combinatie van psychofarmaca en psychotherapie, en dat de aandoening haar niet verhinderd heeft uit te groeien tot een internationaal gewaardeerde zangeres. Haar voorbeeld 'normaliseert' zodoende de aandoening, vermits zelfs iemand waar mensen naar opkijken er mee te maken kan krijgen. Anderzijds blijft het een probleem waarmee ze heeft leren omgaan. Dit blijkt ook uit een getuigenis van de zangeres op haar Facebook-pagina.

"I had a severe panic attack on stage about a month ago. I didn't want to be there, all smiling 8000 people made me feel even worse. I wanted to run off stage and disappear.. (...) Insecurity has always been a part of my life, but not as devastating and life controlling as the last months. I got depressed, again. (...) But there's always a solution.. I don't want to be a medication missionary. Most of us can probably get out of the darkness by talking with friends and family and/or professional help. But if not, it's okay. Try out what works for you but NEVER give up. Never lose hope. Life is good and worth living happily."

Selah Sue op Facebook, 7/12/2015

Helden, hulp en herstel

Het onderzoek schuift zeven counterframes naar voor die in een ander beeld van personen met een psychische aandoening resulteren. Bij drie van deze counterframes zijn zij *helden*, zij het tragische helden: *Het bijzondere*, *De ongenode gast* en *De tocht*.

Bij het counterframe *Het bijzondere* is de persoon met een psychische aandoening een idool: hij of zij beschikt over een uitzonderlijke eigenschap die hem of haar in staat stelt bijzondere zaken te doen, bijvoorbeeld in een manische fase kunst creëren, door hooggevoeligheid zaken aanvoelen die aan anderen hun aandacht ontsnappen of over een bijzonder wiskundig geheugen beschikken als gevolg van het savantsyndroom. Hoewel *Het bijzondere* overduidelijk een deproblematiserend frame is, is het gebruik

ervan niet onproblematisch. Ten eerste betreft het hier uitzonderlijke gevallen, waarin velen zich niet zullen herkennen. Ten tweede lijkt het frame ook op te roepen dat psychische aandoeningen geveinsd en aangedikt kunnen worden, als een vorm van *aanstelleritis*.

Bij twee andere counterframes zijn de personen met een psychische aandoening actieve helden, in die zin dat zij het zelf zijn die met de aandoening moeten leren omgaan (*De ongenode gast*) en dat het herstelproces er één is waarbij het doorzettingsvermogen op de proef wordt gesteld (*De tocht*). Beide frames benadrukken een voorname eigenschap van heel wat psychische aandoeningen, namelijk dat deze wispelturig is. *Het monster* geeft dit eveneens weer: het komt en gaat, wordt groter en kleiner, maar blijft altijd op de loer liggen. Bij *Het monster* is de persoon met een mentale kwetsbaarheid echter een speelbal. Deze kan wel proberen terug te vechten, maar het monster blijft overweldigend. Het counterframe *De ongenode gast* maakt het duidelijk dat het geen kwestie van vechten is. De psychische aandoening is er, wordt als een vreemde en een indringer ervaren, maakt troep en vraagt voortdurend om aandacht. Echter, hem of haar tolereren, op de eigen strepen staan en het nemen van de nodige maatregelen, kunnen ervoor zorgen dat met die *party crasher* best te leven valt. En mogelijk valt er zelfs lol te trappen.

Het counterframe *De ongenode gast* geeft goed weer dat de voornaamste rol bij het herstel is weggelegd voor de persoon in kwestie. Mogelijk zal de niet-geïnviteerde gast ooit spontaan opstappen, maar dat is minder van belang. Het gaat over hoe de gastvrouw of gastheer ermee leert omgaan. Men moet natuurlijk stevig in de schoenen staan om daarin te slagen, want de gast is onvoorspelbaar. Mogelijk heeft men daarom het gevoel dat men er alleen voor staat. Het counterframe *De tocht* biedt als voordeel dat er plaats is voor één of meerdere gidsen. Personen met een psychisch probleem moeten het nog altijd zelf doen, die berg over geraken, maar ze staan er niet alleen voor. Ze kunnen het in groep doen, gezekerd door lotgenoten die als klimpartners fungeren, met ervaringsdeskundigen, met familie en vrienden of met professionele hulpverleners, psychotherapeuten en psychiaters.

Zowel *De ongenode gast* als *De tocht* hebben gemeenschappelijk dat *het proces* meer nadruk krijgt dan het einddoel. Dit kan definitieve genezing inhouden. Eerder zal het een vorm van herstel uitmaken waarbij men zelfvertrouwen aankweekt, leert uit ervaringen, ook die van anderen, om uiteindelijk de psychische aandoening een plaats te kunnen geven in het leven. Het definitief doen verdwijnen van de aandoening, een echte genezing, wordt dan minder prioritair.

Het counterframe *Een gebroken been* heeft duidelijk wel genezing voor ogen. Dit frame is deels een coping-strategie van de betrokkene, de oorzaak is gelukkig slechts een fysiologisch mankement ("ik ben niet echt zot"), deels een beeld dat de geneeskunde of de marketeers van geneesmiddelen hen voorhouden, namelijk dat het probleem verholpen kan worden door volgen van een pillenkuur of een reeks oefensessies. Dit counterframe is met andere woorden ingegeven door *wishful thinking*. In de praktijk zal het dus voorkomen dat dit frame wordt ingezet door het te deframen: een psychische aandoening is géén gebroken been.

Uit het gebruik van *Een gebroken been* blijkt wederom de wil of de hoop van de betrokkene om een mentale problematiek te herleiden tot iets wat eenvoudig te begrijpen is, zoals een breuk van een bot. Dan wordt de aandoening zichtbaar voor buitenstaanders en kan er een herstelproces starten, met name door te rusten. Dit beeld contrasteert met dat van *De ongenode gast* en *De tocht* waar men zélf aan de slag moet. Omdat herstellen van een psychische aandoening iets is wat de betrokkene zelf moet doen, weliswaar met de hulp en steun van anderen, hebben *De tocht* en *De ongenode gast* de voorkeur boven *Een gebroken been*.

Terwijl *Een gebroken been* suggereert dat rust alle wonden heelt, geeft *Een aardverschuiving* aan dat men het op een lopen moet zetten. Zowel bij een gebroken been als bij een natuurramp kan men in de realiteit gelukkig rekenen op professionele hulpverleners die het van de slachtoffers overnemen. Het mechanisme dat voor opluchting zorgt bij *Een gebroken been* is dat de oplossing voor het psychische probleem relatief eenvoudig is, precies omdat de oorzaak heel precies kan worden aangeduid. *Een aardverschuiving* kan eveneens voor de nodige geruststelling zorgen, enerzijds omdat daarbij de oorzaak van de psychische aandoening duidelijk aan te geven is, en niet zomaar uit het niets lijkt te komen, anderzijds omdat deze als begrijpelijk ingrijpend en traumatiserend te percipiëren valt.

Bij *De kanarie in de mijn* verschuift die verantwoordelijkheid net zoals bij *Een gebroken been* naar iets externs. De samenleving, maar evenzo de werkcontext waarin mensen moeten functioneren, hebben nood aan een betere afstemming op de psychische draagkracht van mensen. Het heeft geen zin om hen tot het uiterste te drijven als dat ten koste gaat van hun psychisch welbevinden. Iemand die zich goed voelt, presteert namelijk ook beter. Een mogelijke valkuil bij *De kanarie in de mijn* is echter dat de oplossing voor het probleem over wordt gelaten aan anderen, aan het beleid, de politici en de werkgevers, terwijl iedereen tot die samenleving behoort. Er zijn de directe betrokkenen die aan de slag moeten (zie *De tocht* en *De ongenode gast*) en er is de samenleving die op een andere manier naar mensen met psychische problemen moet leren kijken.

Discussie

A. Sterktes en zwaktes van de frames

Bij elk van de twaalf frames en counterframes zijn bedenkingen te plaatsen. Geen enkel frame of counterframe is absoluut fout of goed. De frames kijken verder dan een opdeling in positief en negatief. Omgaan met een psychische aandoening is immers een complex gegeven dat niet in zwartwittermen te vatten is. Het overzicht met frames en counterframes is noodzakelijkerwijs eveneens complex. Om die complexiteit toch bevattelijk te maken, maar niet te vervallen in simplismen, kunnen de frames en counterframes in de communicatie gecombineerd worden. De sterke aspecten van het ene frame kunnen dan de zwaktes van andere frames helpen opvangen. Tabel 2 geeft een overzicht weer van de voornaamste sterktes en zwaktes van de gereconstrueerde frames.

Tabel 2: Sterkte- en zwakteanalyse van de twaalf frames uit het onderzoek

Sterkte		Zwakte
FRAMES	Angst voor het onbekende	
	+ Kans op hoge emotionele betrokkenheid door in te spelen op een universele angst voor wat men niet kent en voor het onvoorspelbare	- Is sterk stigmatiserend
	Zelfcontrole	
	+ Reikt een op het eerste gezicht eenvoudige oplossing aan door in te spelen op de universele norm zelfbeheersing	- Is sterk stigmatiserend
	Het monster	
	+ Roept begrip op voor de voortdurende worsteling en het wispelturig karakter van psychische aandoeningen	- Biedt een weinig hoopgevend beeld, steunt sterk op medelijden met het slachtoffer dat een speelbal is van zijn of haar aandoening
	De zwakste schakel	
	+ Roept enig begrip op voor erfelijke psychische kwetsbaarheden, waar de persoon in kwestie geen schuld aan heeft	- Verantwoordt de stigmatisering van personen met psychische aandoeningen door het collectieve belang voorop te stellen en geen empathie te betonen
	Een gemakkelijke prooi	
	+ Plaatst de psychische aandoening in een maatschappelijk speelveld, met financiële en andere belangen	- Houdt de actieve en zelfredzame persoon buiten het blikveld
COUNTERFRAMES	Een mozaïek	
	+ Weet een psychische aandoening te normaliseren en richt de aandacht op andere aspecten van de persoon in kwestie	- Houdt de kans in dat elke psychische aandoening als zodanig normaal wordt gezien dat er onvoldoende aandacht is voor de problematiek; het onderscheid tussen een psychische aandoening en een karaktertrek of persoonlijkheidskenmerk lijkt te vervagen
	Het bijzondere	
	+ Erkent dat een psychische aandoening ook een sterkte kan zijn en kansen kan creëren	- Wekt de indruk dat een psychische aandoening iets is om zich mee te onderscheiden van anderen
	Een gebroken been	
	+ Biedt voor personen met een psychische aandoening enige geruststelling en wekt de hoop op genezing	- Schept de illusie dat aan elk psychisch probleem makkelijk te verhelpen valt, onder meer door het een tijd rustig aan te doen

COUNTERFRAMES

Sterkte			Zwakte
De ongenode gast			
+	Geeft goed de wispelturige aard van een psychische aandoening weer waarmee men moet zien om te gaan	-	Wekt de indruk dat de persoon met een psychische aandoening er alleen voor staat en sterk in de schoenen moet staan
Een aardverschuiving			
+	Kan voor meer empathie en begrip voor personen met psychische aandoeningen zorgen omdat de traumatische oorzaak ervan gekend is	-	Houdt de kans in dat men nodeloos gaat graven in het verleden naar een onverwerkt trauma, terwijl de oorzaak inderdaad niet gekend kan zijn en men in het 'nu' moet leven of met een blik op de toekomst
De tocht			
+	Benadrukt dat de persoon met een psychische aandoening actief aan het herstel werkt, maar er niet alleen voor staat	-	Maakt duidelijk dat het herstel van een psychische aandoening met de nodige inspanningen (inzicht, veerkracht, doorzettingsvermogen) van de betrokkene moet gebeuren; de gidsen kunnen de last niet overnemen
De kanarie in de mijn			
+	Legt de oorzaak van psychische aandoeningen resoluut buiten het individu	-	Suggereert dat 'anderen' (overheid, werkgevers, ...) het maar moeten zien op te lossen

B. De relatie tussen de blik van de directe betrokkene en die van de samenleving

Tabel 3 biedt een overzicht van hoe een individu met een psychische aandoening naar zichzelf kijkt, en hoe de maatschappij hem of haar ziet. Ieder frame kent de persoon met een psychische aandoening namelijk een specifieke rol toe en plaatst deze, in meer of mindere mate, in een maatschappelijke context.

Tabel 3: De plaats en de rol van het individu en de samenleving in de twaalf gereconstrueerde frames

INDIVIDU	SAMENLEVING
Angst voor het onbekende	
Er is sprake van zelfstigma als de persoon met een psychische aandoening gaat anticiperen op het taboe dat er bestaat rond psychische aandoeningen; net zoals de samenleving bang is voor de persoon met een psychische aandoening is deze bang voor de kwalijke reacties.	De maatschappij is bang voor de ‘krankzinnigen’. Het liefst van al willen ze er zo ver mogelijk vandaan blijven. Lachen met de ‘zotten’ is een manier om de angst toch een plaats te kunnen geven.
Zelfcontrole	
Sommigen willen gehoor geven aan de eis voor zelfcontrole, maar dat lukt niet altijd. Dit zorgt ervoor dat ze zich schamen en verstrikt raken in een web van leugens en geniepig gedrag.	De maatschappij toont onbegrip voor de mensen met een psychische aandoening. De oplossing is immers eenvoudig, en wie zichzelf niet onder controle brengt, is van slechte wil.
Het monster	
De persoon met een psychische aandoening voelt zich machteloos: hij of zij voert een eenzame en hopeloze strijd met een aandoening die vaak onoverwinnelijk blijkt.	De maatschappij heeft een zeker medelijden met wie worstelt met een psychische aandoening. Deze strijd wordt echter binnenskamers geleverd, en in feite zelfs in de eigen ‘bovenkamer’, waardoor deze onzichtbaar blijft voor de omgeving.
De zwakste schakel	
De betrokkene schaamt zich omdat hij of zij niet kan voldoen aan wat de maatschappij verwacht en verlangt, en stelt zichzelf daardoor ook teleur.	De maatschappij schrijft deze zwakke individuen meedogenloos af. In geval van erfelijke factoren is er mogelijk enig medelijden, maar het mededogen blijft beperkt.
Een gemakkelijke prooi	
De persoon met een psychische aandoening wordt neergezet als naïef en goedgevolg; hun vertrouwen wordt misbruikt door individuen en bedrijven die pretenderen hulp te willen bieden.	De maatschappij veroordeelt de oneerlijke industrie, maar is eveneens niet mals voor de “slachtoffers” die zodanig goedgevolg zijn dat ze in het ootje kunnen worden genomen.
Een mozaïek	
Individen met psychische aandoeningen maken integraal deel uit van de samenleving.	De maatschappij is inclusief: alle mensen worden zonder meer aanvaard, een eventuele psychische aandoening is van secundair belang.
Het bijzondere	
De persoon met een psychische aandoening voelt zich bijzonder en (in bepaalde opzichten) beter dan de “normalen”. Mogelijk voelt men zich echter miskend.	Indien het werkelijk bijzondere gaven betreft, is er sprake van waardering; in de andere gevallen betreft het eerder ergernis of afgunst.

INDIVIDU	SAMENLEVING
Een gebroken been	
Het individu ondervindt weliswaar last van de psychische aandoening, maar er is ruimte voor berusting omdat ze tot een fysiek gegeven wordt herleid; er is hoop op genezing.	De maatschappij herkent en erkent de persoon met een psychische aandoening, er is begrip, maar dit wekt ook de verwachting dat het allemaal snel verholpen is. Dit is echter vaak een illusie waardoor er na het van harte toewensen van beterschap overgegaan wordt op de orde van de dag.
De ongenode gast	
Het individu zit verveeld met de psychische aandoening, die plots roet in het eten gooit. Eens het individu er echter in slaagt deze een plaats in het leven te geven, keert ook de rust weer.	De maatschappij kan enig begrip opbrengen voor mensen met psychische aandoeningen omwille van het wispelturige karakter en de herkenbaarheid ervan, maar dat creëert ook de verwachting dat men zijn mannetje weet te staan.
Een aardverschuiving	
De betrokkene lijdt als gevolg van de traumatische gebeurtenis, maar voelt zich daarnaast begrepen en rekent op de steun en hulp van anderen.	De maatschappij erkent de ernst van het voorval en heeft begrip voor psychisch lijden als gevolg van een trauma.
De tocht	
Het individu voelt zich gesteund door vrienden, familie en therapeuten. Het is een lange weg, met vallen en opstaan, maar dankzij de eigen veerkracht en de steun van anderen is herstel mogelijk.	De maatschappij heeft respect voor de inspanningen die de persoon met een psychische aandoening levert en mogelijk moet blijven leveren. Men is bereid de nodige steun te verlenen.
De kanarie in de mijn	
De persoon met een psychische aandoening wordt gezien als een teergevoelig wezentje; de kwetsbaarheid wordt symptomatisch voor maatschappelijke structuren waar men zelf geen vat op heeft, wat tot grote frustraties kan leiden.	De maatschappij toont mogelijk medeleven met de mensen met een psychische aandoening; indien psychische aandoeningen werkelijk als een early warning sign worden gezien voor een dieperliggende, maatschappelijke problematiek kan veel leed vermeden worden mits het werkelijk mogelijk is daaraan te verhelpen.

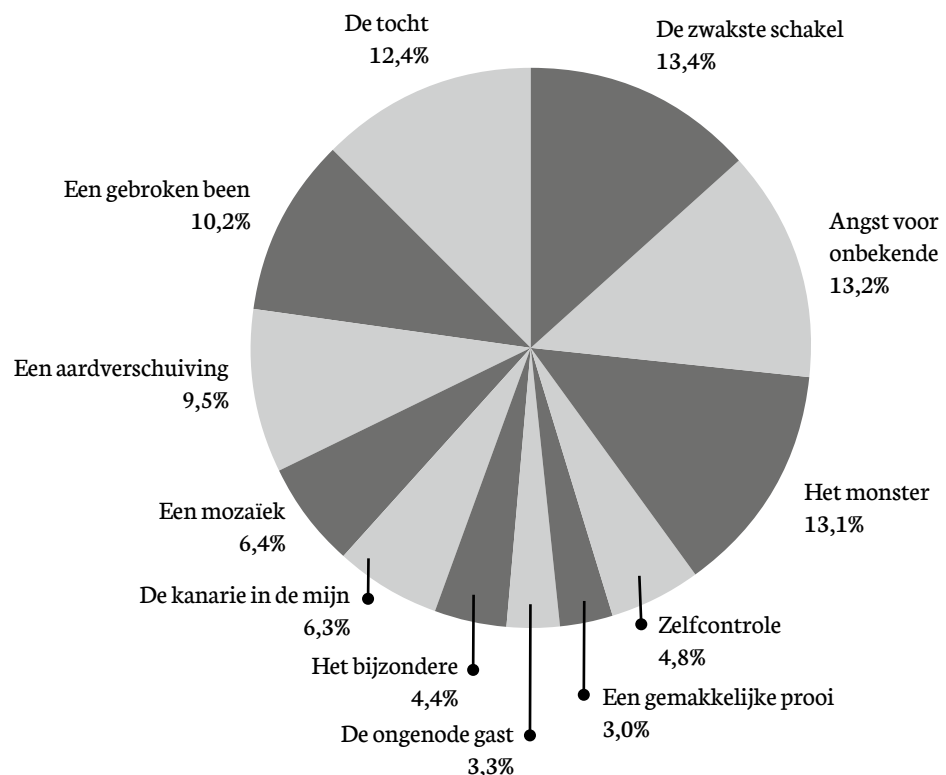
Het framegebruik in de Belgische pers

De hele bespreking tot dusver van de twaalf frames is gebaseerd op een selectie van mediamateriaal waarbij diversiteit voorop stond en niet de representativiteit, laat staan de volledigheid ervan. Dit betekent dat het op basis van die analyse niet mogelijk is om uitspraken te doen over de mate waarin de frames en counterframes in de praktijk ingezet worden. Het is daarom dat er bijkomend een steekproef is getrokken om preciezer te kunnen bepalen welke de dominante frames zijn. De steekproef beperkte zich tot de geschreven pers in België en dat in het jaar 2015. Voor elk artikel in de steekproef werd voor ieder van de twaalf frames of counterframes bepaald of er

woorden, uitspraken, metaforen, visuele beelden en argumenten in voorkwamen die deze bij het publiek konden oproepen. Dit diende zo objectief mogelijk te gebeuren. Immers, als het toegelaten was om vrij te associëren bij wat er geschreven stond dan zou mogelijk ieder frame en counterframe in de stukken teruggevonden kunnen worden. Het gaat hier dus over een vrij strikte lezing van de artikelen. Daarbij werd er overigens geen onderscheid gemaakt tussen de elementen die waarschijnlijk afkomstig waren van de journalisten in kwestie en de elementen die deze optekenden uit de mond van een bron die zij opvoerden.

Al het telwerk resulteerde uiteindelijk in figuur 6. Globaal bekeken kwamen de deproblematiserende counterframes net iets meer (53%) voor dan de problematiserende frames (47%). Gemiddeld bekeken bevatte een artikel meer dan één frame maar net geen twee frames (namelijk 1,7). Uitgesplitst naar landstaal bleken Nederlandstalige artikelen gemiddeld meer verschillende perspectieven te bieden: iets meer dan twee (om precies te zijn: 2,19), en de Franstalige artikelen net meer dan één (1,18). De vaststellingen dat sowieso bijna de helft daarvan problematiserende frames waren en een artikel door de band genomen slechts één à twee verschillende perspectieven op psychische aandoeningen bood, tonen aan dat de berichtgeving over psychische aandoeningen niet veelzijdig is en heel wat potentieel stigmatiserende elementen bevat.

Figuur 6: Verdeling van de frames en counterframes in de Belgische pers in de loop van 2015, gebaseerd op een steekproef van 1114 artikelen



Het verschil tussen de Franstalige en de Nederlandstalige pers in België is gedeeltelijk te verklaren door de mate waarin journalisten persoonlijke getuigenissen van personen met een psychische aandoening opnemen in hun stukken. In Vlaanderen gebeurt dat nog steeds frequent. Vooral de getuigenissen van aantal bekende Vlamingen maakten indruk (om er enkele te noemen: artiesten Glenn Claes, Bart Kaëll, Dani Klein en Selah Sue, acteurs Ben Segers en Ludo Busschots, tv-presentatrices en -presentators Eva Daeleman, Herman Van Molle, Otto-Jan Ham, Kathie Pauwels en Rob Vanoudenhoven). Het valt op dat persoonlijke getuigenissen telkens meerdere frames en counterframes bevatten. Om er getallen op te plakken: artikelen zonder een persoonlijke getuigenis bevatten iets meer dan één (counter)frame (1,35), artikelen met een getuigenis meer dan drie (counter)frames (3,47). Het is logisch dat hoe meer frames er gebruikt worden, hoe genuanceerder en evenwichtiger het beeld is dat van een psychische aandoening geboden wordt.

De drie meest voorkomende frames in dit persoverzicht van 2015 vertegenwoordigen alle drie een problematiserende blik op mensen met psychische aandoeningen. Het gaat over *De zwakste schakel* (13,4%), *Angst voor het onbekende* (13,2%) en *Het monster* (13,1%). Samen zijn ze goed voor bijna veertig procent van de toegepaste frames. De counterframes volgen pas daarna: *De tocht* (12,4%), *Een gebroken been* (10,2%) en *Een aardverschuiving* (9,5%). De overige frames en counterframes komen elk in ongeveer 5% van de artikelen voor. Als iemand alle in 2015 verschenen artikelen over psychische aandoeningen las, zou die het hele scala aan frames en counterframes zien passeren. Maar zo werkt het in de praktijk natuurlijk niet. Wie maar af en toe een artikel meepikt, krijgt *binnen* dat stuk een vrij eenzijdig beeld gepresenteerd.

Communiceren over kinderen en jongeren met een psychische kwetsbaarheid

Kinderen en jongeren vormen bij voorbaat een kwetsbare groep in de samenleving. Een psychische problematiek maakt hen dus dubbel kwetsbaar. Een worsteling met een psychische aandoening in de kindertijd of op weg naar volwassenheid laat allicht een leven lang sporen na. De meer systematische analyse van het framegebruik in de Belgische pers in de loop van 2015 maakt het mogelijk stil te staan bij dit gegeven.

Uit de inhoudelijke analyse van de globale steekproef aan persartikels bleek al dat de meest voor de hand liggende manier om een rijk geschakeerd palet aan frames en counterframes aan bod te laten komen het opvoeren van een getuige is, van iemand die vertelt over de eigen ervaringen met een psychische aandoening. Dit plaatst journalisten meteen voor een dilemma als het erop aankomt om een genuanceerd beeld van kinderen en jongeren met mentale problemen te schetsen. Net omdat ze zo kwetsbaar zijn, schrijft de ethische code voor journalisten voor dat kinderen en jongeren niet zomaar met foto en de naam in de pers mogen verschijnen. Er zal altijd heel wat overleg moeten gebeuren met ouders en andere begeleiders om dit voor elkaar te krijgen. In de geschreven pers is het nog mogelijk om de naam te fingeren. Bij foto's zouden de kinderen dan onherkenbaar in beeld moeten komen. Dat spreekt echter minder aan en zal ook de identificatie vanwege het publiek bemoeilijken. Deze lastige afwegingen spelen ongetwijfeld een rol bij het vinden van een verklaring waarom kinderen en jongeren met psychische aandoeningen niet heel veel de pers halen. In een aantal gevallen gaat het over volwassenen die getuigen over de ervaringen met een psychische

diagnostiek in hun kinderjaren of adolescentie. In de Nederlandstalige pers duikt in zeven procent van de stukken een kind onder de twaalf jaar op. In de Franstalige pers gebeurt dat significant minder, namelijk drie procent. Voor jongeren tussen twaalf en achttien jaar tekent zich een gelijkaardig patroon af. Zij verschijnen in één op de tien artikelen in de Nederlandstalige artikelen, in de Franstalige pers is dat gevoeliger, te weten vier procent (zie ook de eerder geformuleerde verklaring voor de grote verschillen tussen de pers in Vlaanderen en Franstalig België).

Als de pers in 2015 volwassenen personen met psychische aandoeningen aan bod laten komen, stelde het onderzoeksteam vast dat het eerder over problematiserende frames gaat: *De angst voor het onbekende*, *Het monster* en *De zwakste schakel*. Bij kinderen en jongeren lag dat duidelijk anders. *Een aardverschuiving* en *De tocht* zijn de meest in het oog springende counterframes in de berichten waarin kinderen en jongeren aan bod komen. In de 55 artikelen waarvoor dat criterium gold, gebeurde dat 23 keer binnen het denkraam van *Een aardverschuiving* en 19 keer in dat van *De tocht*.

Het counterframe *Een aardverschuiving* leert dat een psychische aandoening plots het leven van een kind overhoop kan halen, zonder dat er per se een trauma aan de basis van moet liggen. Plots is het er, zonder aanleiding. Deze boodschap maakt het duidelijk dat de confrontatie met een psychische aandoening iedereen kan overkomen. YouTube-ster en “stresskonijn” (zoals de journalist haar typeert) Zoella getuigde bijvoorbeeld in het jongerenblad *Joepie* (11/3/2015) hoe “angst van de ene op de andere dag de bovenhand kan nemen” en dat ze een enorme druk kan ervaren omdat de angststoornis “zo onverwacht” in haar leven was gekomen. De voor het overige anonieme 22-jarige Sofie vertelde in het vrouwenblad *Libelle* (19/11/2015) dat ze zes jaar oud was toen “het stemmetje” in haar hoofd kwam. “Het was een lieve stem. Ze zei dat ik speciaal was, uitverkoren,” herinnerde ze zich.

Zodra iemand getuigt over de eigen ervaringen met psychische aandoeningen ligt het gebruik van het counterframe *De tocht* voor de hand. Dat is geenszins problematisch omdat het de mogelijkheid biedt om met veel beeldspraak en ruimte voor emoties duidelijk te maken hoe iemand met een psychische aandoening omgaat. Een cruciaal element daarbij blijkt het inschakelen van professionele hulp te zijn, én daaraan voorafgaand het durven uitspreken van wat men doormaakt of doorgemaakt heeft. Zo getuigde de 24-jarige Dorien in het vrouwenblad *Flair* (20/7/2015) over haar persoonlijke tocht, hoe ze dingen met zich blijft “meezeulen”, hoe ze zich zes weken vrijwillig liet opnemen in een therapeutisch centrum om “in alle rust en kalmte” aan zichzelf te kunnen werken. Sindsdien voelt ze zich weer vooruitgaan. Ze besloot:

“Iedereen zou eens in therapie moeten. Niet omdat je een probleem hebt, maar om stil te staan bij jezelf, waar je mee bezig bent en waar je naartoe wil. Ik wil me niet meer schamen zoals in het begin. Ik wil trots zijn op wat ik heb bereikt.”
Flair, 20/7/2015

Wetenschappelijk onderzoek (Henson et al., 2009) suggereert dat meer getuigenissen van (ex-)patiënten zorgen voor positievere berichtgeving. Onder meer in *Humo* (22/09/2015), *Libelle* (19/11/2015) en *Goed Gevoel* (19/08/2015) verschenen getuigenissen van mensen met schizofrenie, die vertellen over het leven met psychoses, hun

waanbeelden beschrijven en praten over hun dromen voor de toekomst. Mensen die getuigen over hun eigen psychische aandoening zullen waarschijnlijk een goede combinatie brengen van problematiserende frames en deproblematiserende counterframes, waarin het leven met een aandoening noch te donker, noch te rooskleurig wordt neergezet.

Toch blijkt dat mensen met psychische aandoeningen opvoeren in de media en hen te laten getuigen over hun ervaringen ook beperkingen heeft. Men kan niet verwachten dat een getuigenis automatisch tot meer begrip zal leiden. Daarvoor is het waarschijnlijk nodig dat er ergens een uitweg is, dat er stappen gezet worden of kunnen gezet worden om met de aandoening om te gaan. Een getuigenis van of over een jongere opvoeren zonder dat er context geboden wordt en het duidelijk is hoe de geestelijke gezondheidszorg naar de aandoening kijkt en ermee omgaat, kan de indruk wekken dat de jongeren in een soort 'freak show' opgevoerd worden. Frames als *Het monster* en *Angst voor het onbekende* domineren dan. Zo verscheen in *Story* (6/10/2015) het verhaal van Ilse De Haes en haar 18-jarige zoon Joël. Beiden namen ze deel aan het realityprogramma *Dwangers*, uitgezonden op de Vlaamse zender Vier, waarin mensen met een dwangneurose onder begeleiding van therapeuten naar Thailand reisden. De titel zette meteen de toon: "Ik heb schrik van slagersmessen. Ik ben bang dat ik mensen ga vermoorden." De journaliste die de moeder interviewde wil weten of er niets akeligs in haar leven is gebeurd en of haar familie onder haar dwang niet erg geleden heeft. Deze vragen lokken pittige anekdotes uit, maar bieden de lezer te weinig aanknopingspunten om te begrijpen wat er aan de hand is en hoe gedragstherapie eraan probeert te verhelpen.

"Het begon op school tijdens de speeltijd. Ik kreeg de onweerstaanbare drang om de speldjes in mijn haar tot in den treure opnieuw vast te steken. (...) Ik zorgde dat het niet echt opviel (...) Mijn huidige man Paul kreeg wel snel iets in de mot. (...) Bovendien kreeg ik bij hem ook de dwanggedachte dat hij mijn kinderen seksueel misbruikte (...) Menno is ondertussen al 13, maar tijdens mijn zwangerschap had ik echt schrik dat ik een mes in mijn buik zou steken (...) Tijdens mijn laatste job in een rusthuis, waar ik werkte als logistieke hulp, ben ik volledig ingestort. Ik dacht dat ik al die oude mensen zou vermoorden."

- *Story*, 6/10/2015

Algemeen kenmerkend voor nieuws is dat er steeds een kapstok moet zijn waaraan het kan worden opgehangen. Die kapstok ontbreekt vaak. Binnen de journalistieke nieuwsproductieprocessen staan daarom twee elementen een evenwichtige beeldvorming over psychische aandoeningen en meer specifiek bij kinderen en jongeren in de weg. Ten eerste, het onverwachte is een belangrijk criterium bij de selectie van nieuws. Omdat kinderen als inherent onschuldig worden gepercipieerd, zal alleen het nieuws dat het tegendeel aantoonst op bijzondere aandacht kunnen rekenen. Ten tweede, het nieuws is actualiteitsgebonden, waardoor incidenten rond psychische aandoeningen wel het nieuws halen, maar de trends en in feite ook de alomtegenwoordigheid ervan veel minder. Het gevolg is dat psychische aandoeningen bij kinderen het meest prominent onder de aandacht komen bij het grote publiek als het echt mis gaat. Denk hierbij bijvoorbeeld het bloedbad op de Columbine High School (1999, VS), waarbij de ene dader psychopatisch en de andere depressief zou zijn geweest. In België werd er dan weer heel wat geschreven over de geestelijke gezondheidstoestand en de

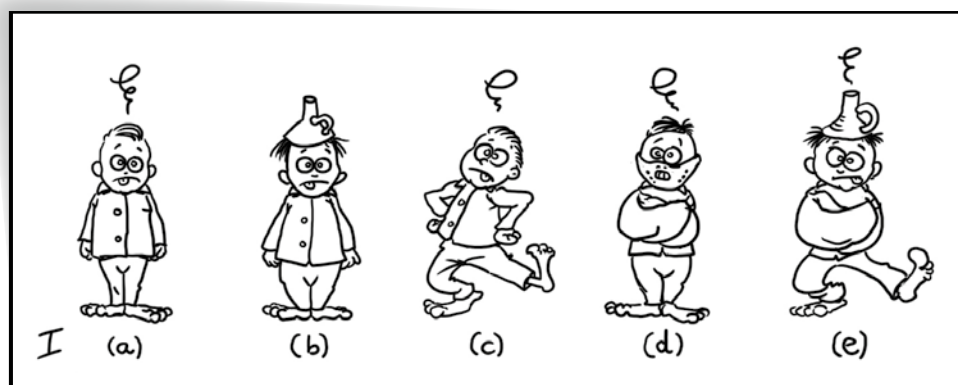
toerekeningsvatbaarheid van onder meer *Hans Van Themsche* (18 jaar op het moment van de feiten), *Léopold Storme* (19) en *Kim De Gelder* (20).

Dit zijn uiteraard de meest dramatische incidenten binnen het nieuws over psychische aandoeningen, dat gelukkig gevarieerder is. Maar toch zijn het die extreme verhalen en de hele afwikkeling ervan die de andere berichten overschaduwden. Het is namelijk opmerkelijk dat bij het zoeken naar een verklaring waarom die jonge mannen tot zulke vreselijke daden in staat zijn naar een psychische of psychiatrische diagnostiek wordt gezocht. Die link kunnen of proberen te leggen met een psychische aandoening blijkt heel vaak een bijzonder aandachtspunt te zijn in de juridische processen. Eens de link er is, zo lijkt het wel, kan de samenleving weer op beide oren slapen. Mensen die geestelijk gezond zijn, doen zulke gruwelijke zaken niet, zo lijkt het wel. Op die manier blijft ook de onschuld van alle andere kinderen en jongeren die geestelijk gezond zijn overeind. Vanwege dit soort redeneringen, die louterend moeten werken voor de nabestaanden en de samenleving, is het erg belangrijk dat journalisten het incidentele moeten zien te overstijgen. Indien zij willen bijdragen aan een meer genuanceerd beeld van personen met een psychische aandoening moet er voldoende aandacht zijn voor het maatschappelijke thema psychische gezondheid bij kinderen en jongeren.

De relatie tussen de frames en prototypes uit fictie

Om een antwoord te kunnen formuleren op de derde onderzoeksvraag is een kwalitatieve analyse uitgevoerd van prototypes in fictie. Bij een prototype nemen de meest uitgesproken karakteristieken van iets de vorm aan van een compleet personage. Vaak gaat het over beroepen: zo is er een 'oermodel' van een militair, een verpleegster, een professor enzovoort. Uit onderzoek blijkt dat deze prototypes bij de meeste mensen op de leeftijd van ongeveer 12 jaar al compleet zijn. Zo is er de beroemde *draw-a-scientist test* van Chambers (1983), waaruit bleek dat tien- à twaalfjarigen een wetenschapper voorstellen als een oudere, doorgaans kale man in een witte labojas die in de weer is met proefbuizen in een laboratorium waar er ook al eens ontploffing plaatsvindt.

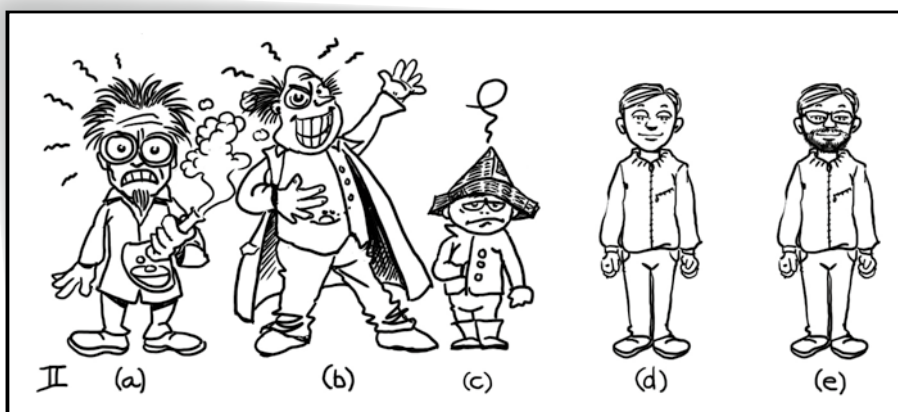
In de loop der jaren hebben prototypische voorstellingen van personen met een psychische stoornis gestalte gekregen in fictie. Er bestaat echter geen *draw-a-madman test*. Daarom heeft de eerste auteur van dit rapport uit *het blote hoofd* prototypes van gekken getekend, zonder eerst specifieke voorbeelden bestudeerd te hebben. De hierna volgende schetsen vormen een neerslag van alle 'gekken' die zich na ongeveer veertig jaar strips lezen en films kijken in zijn hoofd hebben genesteld. Het resultaat is te zien in Figuren 7 tot en met 10. Achteraf zijn de originele films en de literatuur erbij gehaald, om te kijken waar de stereotiepe karakteristieken precies vandaan kwamen.

Figuur 7: Prototypische gekken en hun grafische kenmerken

In figuur 7 zijn de stereotiepe kenmerken van psychiatrische patiënten te zien. Deze hebben een pyjama aan (zie bijv. *One flew over the cuckoo's nest* uit 1975 van Milos Forman), ze kijken scheel en wezenloos voor zich uit en houden de tong uit de mond. In stripverhalen geeft de krul boven het hoofd (a) aan dat ze 'doorgedraaid' zijn (zie bijv. "Les Bleus en folie" uit de reeks *Les Tuniques Bleues* van Lambil en Cauvin, 1991).

De trechter op het hoofd (b) moet het meest stereotiepe hoofddeksel van de dwaas zijn (bijv. Lucky Eddie uit *Hägar the Horrible* van Dik Browne en "De lijfwachten zijn knetter" uit 1975 in de reeks *Sammy* van Berck en Cauvin). De trechter wordt doorgaans als een symbool voor kennis gezien. Voor een dwaas is het ding mogelijk niet van nut, en fungeert het dan maar als hoofddeksel. De herkomst van de trechter als hoofddeksel van de gek is moeilijk te achterhalen. Maar deze gaat minstens terug tot de vijftiende eeuw. Jheronimus Bosch schilderde destijds immers een chirurgijn die een kei uit het hoofd van een dwaas haalde. In dit laatste voorbeeld is het echter de chirurgijn (of kwakzalver?) die de trechter op het hoofd heeft staan.

Verder zijn psychiatrische patiënten vrij passief, al kunnen ze af en toe een dansje (c) opvoeren (zie bijv. "Le Lotus Bleu" uit de reeks *Tintin* van Hergé, 1936). In het geval dat ze potentieel gevaarlijk zijn, krijgen ze een dwangbuis aangetrokken, in extreme gevallen in combinatie met een mondmasker (d) (zie bijv. *The silence of the lambs* uit 1991 van Jonathan Demme). Deze kenmerken (a t.e.m. d) zijn onbeperkt combineerbaar (e).

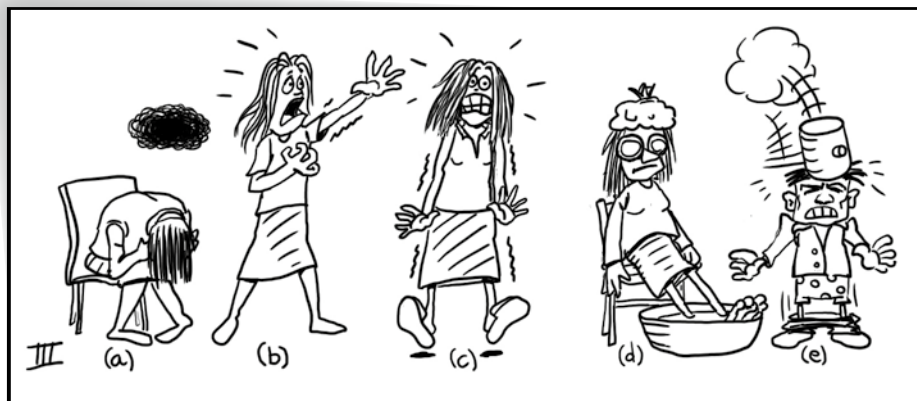
Figuur 8: Van de gekke geleerde tot de verwarde psychiater

Dat genialiteit en krankzinnigheid dicht bij elkaar liggen, mogelijk als twee zijden van dezelfde medaille, blijkt uit de alomtegenwoordigheid in de populaire cultuur van de gekke professor (*mad scientist*). Elke bekende stripreeks telt naast een goede professor een doorslecht exemplaar in de rangen: Savantas in *Suske en Wiske*, Septimus in *Blake et Mortimer*, Z in *Spirou et Fantasio* enzovoort (zie ook Van Gorp & Rommes, 2013). Deze slechte professor (a in figuur 8) is een angstaanjagend personage met een verward zwartharig kapsel – de goede proffen hebben meestal grijs of wit haar – en geven uitdrukking aan enerzijds de dreiging die uitgaat van bepaalde technologische ontwikkelingen (bijv. de atoombom) en anderzijds wetenschappelijke ontwikkelingen die ingaan tegen de wetten van de natuur en/of de Goddelijke orde uitdagen (bijv. klonen, genetische manipulatie). De boodschap hier is dat dit soort wetenschap bij voorbaat uit de hand loopt, wat al te lezen viel in klassiekers zoals *Frankenstein*, *the modern Prometheus* uit 1818 van Mary Shelley en *The island of Doctor Moreau* uit 1896 van H. G. Wells.

De gekke geleerden lijden in een aantal gevallen aan grootheidswaan en willen de wereld veroveren of deze vernietigen (b). Indien men aan grootheidswaan lijdt, maar voor het overige de onschuld zelve is, krijgt men het tenue van Napoleon aangemeten (c). Net zoals de gek met de trechter is de Napoleon-figuur een van de clichématig figuren die in ‘gekkenuizen’ aan te treffen valt. Als het niet het kostuum van Napoleon is dan kan het dat van een megalomane Romeinse keizer zijn (zie bijv. de geboorte van het strip-personage Nero in “Het geheim van Matsuoka” van Marc Sleen uit 1948). Mogelijk gaat het daarbij over het miskende genie, iemand die zo geniaal is dat anderen het niet zien, of willen zien. Het kan verder gaan over iemand die een wiskundeknobbel heeft dankzij een autismespectrumstoornis, soms aangeduid als een ‘idiot savant’ of ‘geleerde dwaas’ (d) (zie bijv. *Rain Man* uit 1988 van Barry Levinson). Als de grens tussen genialiteit en een persoonlijkheidsstoornis zodanig vervaagt, begint het publiek mogelijk zelf te twifelen (zie bijv. *A beautiful mind* uit 2001 van Ron Howard). Hierbij zal de toeschouwer kunnen ervaren dat mensen met een psychische problematiek heel erg ‘normaal’ lijken. Er kan daardoor verwarring ontstaan: wie is nu het gekst, de patiënt of de psychiater? In de regel is deze laatste te herkennen aan zijn baard (e) (zie bijv. *Good Will Hunting* uit 1997 van Gus Van Sant).

Kenmerkend voor een concretisering van een prototype is dat deze het meteen duidelijk maakt of een gek van het mannelijke of vrouwelijke geslacht is. Bij psychische aandoeningen die verband houden met *verstandelijke* capaciteiten (figuren 7 en 8) zijn de prototypes in de regel mannen. Als het echter gaat over *emotionele* capaciteiten worden deze prototypes vrouwen (figuur 9).

Figuur 9: Krankzinnigheid bij vrouwelijke prototypes, en hoe eraan te verhelpen (in vergelijking met mannen)

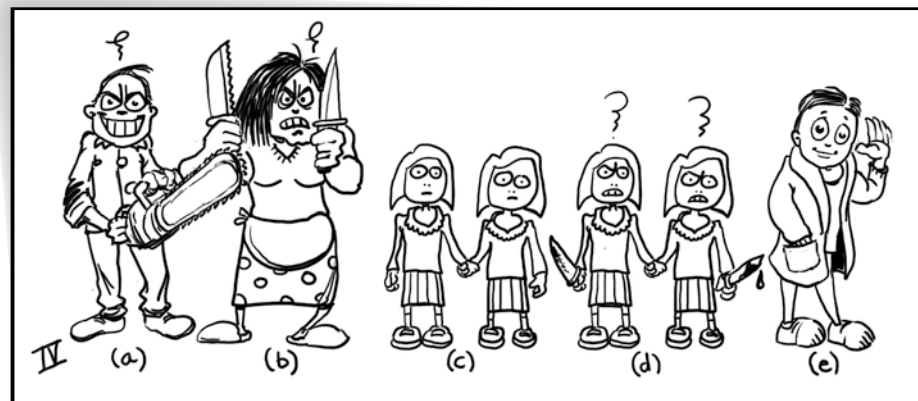


De vrouwelijke prototypische ‘gek’ is moeilijker om voor de geest te halen. Deze is depressief (a), hysterisch (b) of schiet in een totale kramp, hyperekplexia genaamd (c) (zie bijv. tante Sidonia in “De bokkige bombardon” uit 1976 en “De snikkende sirene” uit 1993, naast vele andere voorbeelden uit de stripreeks *Suske en Wiske* van Willy Vandersteen; zie verder Van Dijk, 2006).

Hysterie is eeuwenlang als een vrouwenziekte bestempeld omdat de oorzaak in verband werd gebracht met de baarmoeder. Het is een opvallende vaststelling dat mannelijke personages in fictie als rationeler worden gezien dan vrouwen. Deze zijn labiel en makkelijker vatbaar voor duivels en demonen. Ondanks dat schijnbare inherente verband met psychische aandoeningen, zijn het uiteindelijk toch de mannen die zich weten te linken aan het prototype van de gek. Het levert vrouwen dus niet méér hoofdrollen op in speelfilms of tekenverhalen. Ze blijven figuren op het achterplan.

Aan de psychische problemen van vrouwelijke personages, of het nu depressies zijn of zenuwtoevallen, valt vrij eenvoudig te verhelpen. Naast een cocktail van medicijnen helpen ook voetbaden, kuren met schijfjes komkommers op het gezicht en/of ijszakjes op het hoofd ter afkoeling (d). Bij mannelijke personages is de kuur meer actiegericht. Een slag met een hamer kan aan een toestand van gekte plotsklaps verhelpen (e). Maar deze remedie werkt in twee richtingen: zo’n klap kan de geesteszwakte eveneens veroorzaken, zeker als de klap bijzonder zwaar is, bijvoorbeeld van een menhir (zie bijv. “Le combat des chefs” uit 1966 van de reeks *Astérix* door Uderzo en Goscinny).

Het gamma aan psychische aandoeningen is erg breed. In de populaire cultuur wordt er bij de doorsnee ‘gek’ niet gespecificeerd wat er aan de hand is. Men is zot, waanzinnig of krankjorum, en daar blijft het bij. De frames die daarbij spelen, zijn ook beperkt in aantal: *Angst voor het onbekende* en *Het bijzondere* liggen het meest voor de hand. Verder valt het op dat de psychische aandoening heel vaak wordt weggelachen, door ze in komische situaties op te voeren. Dat is uiteraard één mogelijke manier om er als samenleving mee om te gaan.

Figuur 10: De seriemoordenaar die schuilgaat achter de volmaakte onschuld

Voorals in het thriller- en horrorggenre wordt één specifieke psychische aandoening gretig uitgebuit, namelijk een psychopathische persoonlijkheidsstoornis en specifieker nog schizofrenie. Vanuit het standpunt van de fictieauteur is het een dankbaar prototype. Er kan gebruik worden gemaakt van de wispelturigheid en het onvoorspelbare gedrag ervan. Het is niet meteen van iemands gezicht af te lezen of men een aanval van razernij krijgt. Een man kan plots uithalen met een mes, een bijl of een boomzaag (a in figuur 10) (zie bijv. *Psycho* uit 1960 van Alfred Hitchcock of *American psycho* uit 2000 van Mary Harron). Om het schrikkeffect te vergroten, is het mogelijk om heel ver te gaan in wie zich plotseling als psychopaat blijkt te ontpoppen. Vrouwen komen dan opnieuw in aanmerking, hoewel zij zich mogelijk eerder van keukengerei zullen bedienen (b) (zie bijv. *Misery* uit 1990 van Rob Reiner). In dat opzicht geldt de stelregel, hoe onschuldiger, hoe geschikter. Kinderen kunnen bijvoorbeeld in de eerste instantie als onschuldige slachtoffers overkomen, maar tegelijk iets spookachtigs oproepen (c) (zie bijv. *The shining* uit 1980 van Stanley Kubrick). In een ander sequentie blijken ze zich dan te ontpoppen tot volleerde psychopathische moordenaars (d). Voor een thriller- en horrorfilm geldt de regel: hoe onschuldiger iemand oogt, hoe groter de kans dat hij of zij uiteindelijk de dader is (e) (zie bijv. *The usual suspects* uit 1995 van Bryan Singer).

HET POTENTIEEL VAN DE COUNTERFRAMES GETOETST BIJ HET BREDE PUBLIEK

Een experiment bij duizend Belgen

Inzetten op Zelfcontrole en De tocht

De bedoeling van de hele inventarisatie van frames en counterframes zoals uiteengezet in het eerste deel van het rapport is om al wie communiceert over psychische aandoeningen handvaten aan te reiken en hen aan te moedigen met de frames praktisch aan de slag te gaan. De concrete vertaling van die vrij abstract geformuleerde frames ligt echter niet voor de hand. Om verder inzicht te bieden in hoe die frames en counterframes een concrete vorm kunnen aannemen, is er het antwoord op de vierde onderzoeksvraag. Bovendien gaat aan die vraag nog een andere vraag vooraf, namelijk of het toepassen ervan effectief is. De veronderstelling hier is immers dat aan de slag gaan met frames en counterframes bijdraagt aan het verminderen van het stigma dat mensen met psychische aandoeningen ervaren. Kunnen de frames en counterframes hun ambitie waarmaken? Om die vraag te beantwoorden zette het onderzoeksteam een experiment op met duizend willekeurige Belgen als ‘proefpersonen’.

Een nadeel van frames is dat je ze niet zomaar in hun abstracte vorm bij het brede publiek kunt testen. Het zijn er veel en het vergt heel wat om goed te vatten waarvoor ze staan. Daarom moesten er harde keuzes worden gemaakt, met betrekking tot welke frames aan een test zouden worden onderworpen en welke concrete vorm deze frames in het experiment zouden aannemen.

Het onderzoeksteam besloot op basis van de expertinterviews en de focusgroepen uit het eerste deel van het onderzoeksproject om in te zetten op twee frames, namelijk *Zelfcontrole* en *De tocht*. *Zelfcontrole* is een sterk stigmatiserend frame. Het suggereert dat een gebrek aan discipline en wilskracht van de betrokkenen psychische aandoeningen veroorzaken. Binnen dit frame lijkt de oplossing voor een psychisch probleem bovendien voor de hand te liggen: stop met drinken (bij een alcoholverslaving) of je zelf pijn te doen (automutilatie), wees wat opgewekter (depressie), eet wat meer (anorexia nervosa) of eet net wat minder (boulimie) enzovoort. Het counterframe *De tocht* stelt een psychische aandoening voor als een hindernis op iemands levensweg. De aandoening vormt een lastige beproeving. Met vallen en opstaan kan ze echter overwonnen worden. Gelukkig kan de reiziger daarvoor rekenen op andere mensen, die begrip tonen, zorgen voor ondersteuning en als gids kunnen fungeren. Mogelijk maakt de hindernis de reiziger zelfs sterker. De psychische aandoening kan een leermoment zijn, waardoor de persoon zichzelf en de maatschappij beter leert kennen. Er waren twee vragen waarop de onderzoekers een antwoord hoopten te vinden. Ten eerste was er de vraag of een psychische aandoening framen vanuit het idee van *Zelfcontrole* daadwerkelijk stigmaversterkend kan werken en ten tweede of het counterframe *De tocht* daaraan kan verhelpen.

Een tweede keuze is ingegeven vanuit de vraag of frames en counterframes combineerbaar zijn. Alleen inzetten op *De tocht* levert misschien een onrealistisch beeld op. Mogelijk is het strategisch een slimme keuze om *Zelfcontrole* te gebruiken om het probleem te schetsen, om vervolgens *De tocht* aan te bieden als oplossing. De redenering

zou dan als volgt kunnen gaan: nee, het is *geen* kwestie van een gebrek aan zelfcontrole, naar het herstel van een psychische aandoening toewerken vergt een heel proces van zoeken en zwoegen, waarbij de betrokkene gelukkig kan rekenen op het begrip en de steun van anderen. Bovendien kan de combinatie van twee tegengestelde frames mensen aanzetten om deze tegenover elkaar af te wegen, en hen met andere woorden aan het denken te zetten. Kortom, de onderzoekers waren geïnteresseerd in het effect van het frame *Zelfcontrole*, het counterframe *De tocht* en in wat er gebeurt als ze deze in dezelfde boodschap zouden combineren.

Invulling geven aan ‘het concrete geval’

Waar mogelijk abstractie maken van concrete psychische aandoeningen en zoeken naar de grootst mogelijke gemene deler, behoorden bij de uitgangspunten van de onderzoeksopzet. Bij dit experiment echter stonden de onderzoekers voor het dilemma of ze het brede publiek *zelf* zouden laten invullen welke concrete stoornissen er zoal onder de noemer ‘psychische aandoeningen’ vallen, of dat ze die keuze voor hen zouden maken. De ene persoon denkt daarbij mogelijk aan zware vormen van schizofrenie. Een ‘tocht’ op weg naar herstel zou dan niet aan de orde zijn en ook zelfcontrole ligt dan allerm minst voor de hand. Kortom, om de effecten zo zuiver mogelijk te meten, moest worden vermeden dat men stelde: “ja, dat hangt ervan af over welk concreet geval we het hier hebben.” Dat is de reden waarom de onderzoekers er de voorkeur aan gaven om invulling te geven aan dit ‘concrete geval’, wetende dat dit ‘concrete geval’ de antwoorden van de respondenten mee zou gaan beïnvloeden. Door echter *iedereen* dezelfde casus voor te houden, kon voor deze potentiële invloed wel grotendeels gecontroleerd worden.

Na veel wikken en wegen viel de keuze op een specifieke vorm van depressie, namelijk een postnatale depressie. Om te vermijden dat vrouwen zich bij voorbaat mogelijk meer dan mannen met deze aandoening zouden identificeren, werd er enerzijds gepeild naar de persoonlijke ervaring ermee, en anderzijds werd geopperd dat ook mannen eronder te lijden kunnen hebben.

Een representatieve³ steekproef van duizend Belgen tussen 18 en 79 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 48, kreeg via het onderzoeksbureau iVox een link naar een nieuwsartikel doorgestuurd. Dat bericht was opgemaakt als een bijdrage op de nieuwssite van *Het Nieuwsblad*, www.nieuwsblad.be (voor de Vlamingen) of op die van *La Dernière Heure*, www.dhnet.be (voor de Franstaligen). Door het verhaal in de vorm van een krantenbericht te presenteren en bovendien te refereren aan een (fictief) onderzoek van een zekere professor Beentjes beoogden de onderzoekers de ‘objectiviteit’ van de beweringen te onderstrepen. Figuur 11 geeft deze manipulatie weer.

3 Door middel van wegingscoëfficiënten werd deze steekproef representatief gemaakt voor de volwassen Belgische bevolking met betrekking tot leeftijd, geslacht, opleiding en sociaaleconomische status (SES). Bijna de helft (49,3%) van de respondenten woonde in Vlaanderen, 39,9% in Wallonië, en 10,8% in Brussel. Iets meer dan de helft (52,2%) van de respondenten was vrouw. Vijfenvijftig procent van de respondenten behaalde een diploma hoger onderwijs (hogeschool of universiteit). Vierenvijftig procent behoorde tot de bovenste helft van de sociaaleconomische status.

Figuur 11: Opmaak van de stimulus zoals Nederlandstalige en Franstalige respondenten deze te zien kregen (© foto MjZ Photography)



Van het fictieve artikel werden drie versies uitgedokterd die telkens ongeveer evenveel woorden telden. Er werden zoveel mogelijk elementen onveranderd gelaten (de opmaak van het artikel, de titel en de foto bij het artikel, het aantal likes dat het artikel gezegd had gekregen enz.). Alleen het frame mocht wijzigen. Het ene artikel gebruikte *De tocht*, het tweede *Zelfcontrole* en het derde een combinatie van beide. Het resultaat was een moeilijke evenwichtsoefening, vooral omdat de frames voldoende tot uiting moesten komen en de tekst toch vlot leesbaar diende te blijven. Daarom dat het artikel niet volledig uit de duim was gezogen. Hij was losjes gebaseerd op de bijdrage “Wie niet blij is tijdens zwangerschap, riskeert postnatale depressie” dat op 30 april 2014 in *Het Nieuwsblad* was verschenen. De getuigenis van de moeder en de titel van het stuk was afkomstig uit “Geen roze wolk, maar zwarte gedachten” (Çava, een magazine van de Christelijke Mutualiteiten, lente 2016). De quote van de vader ten slotte was gebaseerd op een citaat uit “Mijn verhaal” (verschenen in *Libelle*, 13/03/2014).

In de versie met het frame *Zelfcontrole* lag de nadruk heel sterk op de eigen verantwoordelijkheid van de betrokkene. In *De tocht* gebeurde dat niet. In het gecombineerde artikel werd er telkens afgewisseld tussen zinnen afkomstig uit de versie met *De tocht* en uit die met *Zelfcontrole*. Vergelijk bijvoorbeeld de volgende fragmenten uit de verschillende versies van het artikel:

- Wie niet geniet van de zwangerschap, verhoogt zelf het risico om een postnatale depressie te ontwikkelen. (*Zelfcontrole*)
- Wie geniet van de zwangerschap, heeft een lager risico om op een postnatale depressie te stoten. (*De tocht*)
- Mama's en papa's moeten zelf willen genieten van de goede momenten. (het gecombineerde artikel)

- onderschrift bij de foto in de versie *Zelfcontrole*)
- Onder begeleiding gaan mama's en papa's samen op zoek naar positieve gevoelens. (het onderschrift bij de foto in de versie *De tocht*)
 - 'Hoe meer toekomstige ouders tijdens hun zwangerschap voortdurend hun positieve gevoelens hadden onderdrukt, hoe hoger ze scoorden op de depressieschaal', zegt Beentjes. 'Het klinkt misschien vreemd, maar je hebt het echt wel zélf in de hand. Als je zelf zegt dat je het geluk niet verdient, word je vanzelf depressief.' (de uitspraak van de fictieve professor bij *Zelfcontrole*)
 - 'Hoe meer toekomstige ouders zich tijdens de zwangerschap zorgen maakten over toekomstige obstakels, hoe hoger ze scoorden op de depressieschaal', zegt Beentjes. 'Toekomstige ouders hebben terecht veel vragen en kopzorgen, dus is het logisch dat ze soms door de bomen het bos niet meer zien.' (de uitspraak van de fictieve professor bij *De tocht*)

In alle versies werden twee fictieve getuigen aan het woord gelaten: Elke Janssens (28) en Tim Vanoverbeke (35). In de Franstalige varianten heetten zij Francine Dubois en Jean Lejeune. In de *Zelfcontrole*-versie en in *De tocht* klonken hun uitspraken heel anders. Bij het frame *Zelfcontrole* "lokke" Elke "zelf een zware depressie uit", bij het counterframe *De tocht* "belandde" ze in een depressie. Tim geeft in de *Zelfcontrole*-versie ruiterslijk toe dat hij zichzelf niet de ruimte gaf om van de zwangerschap te genieten. In de andere versie zijn er de hindernissen die hij moest zien te overwinnen.

- Op dit moment zijn er meer dan 10.000 depressieve mama's in België. Elke Janssens (28) is één van hen. 'Ik had een dikke buik, maar was voor de rest graatmager. Weggeteerd door mijn eigen gejaagdheid, doordat ik nauwelijks nog at en sliep.' (*Zelfcontrole*)
- Op dit moment zijn er meer dan 10.000 depressieve mama's in België. Elke Janssens (28) is één van hen. 'Er is die hardnekkige roze wolk die zegt dat je als mama blij behoort te zijn. Maar ik kwam enkel sombere gedachten tegen op mijn pad. En een bevalling is sowieso vaak een stressmoment tijdens het hele proces, en dat was bij mij niet anders.' (*De tocht*)
- Maar er is dus ook een aanzienlijk aantal depressieve papa's. Tim Vanoverbeke (35) getuigt over zijn depressie: 'Ik heb de lat voor mezelf gewoon te hoog gelegd. Ik wilde in alles de beste zijn: de beste papa, de beste partner, de beste werknemer, de beste collega, de beste zoon. In mijn drang om die perfecte vader te zijn, gaf ik mezelf niet de ruimte om te genieten.' (*Zelfcontrole*)
- Maar er is dus ook een aanzienlijk aantal depressieve papa's. Tim Vanoverbeke (35) getuigt over zijn depressie: 'Ik wou de beste papa ter wereld zijn en dus maakte ik me veel zorgen over de geboorte van mijn zoon: er waren zoveel hindernissen die ik zou moeten overwinnen... Plots werd ik bang: was ik wel klaar om de stap naar het vaderschap te zetten?' (*De tocht*)

Op het einde van het artikel gaf de fictieve professor Henk Beentjes tot besluit mee hoe de behandeling van depressies anders zou kunnen. Maar ook hier klonken zijn woorden bij *De tocht* anders dan bij *Zelfcontrole*:

- 'Op dit moment richten we ons bij depressie vooral op de negatieve gevoelens. Op patiënten die de hele dag in hun bed liggen huilen en piekeren. Maar

tegelijkertijd is een depressie ook een stoornis die zich kenmerkt door het niet willen toelaten van de eigen positieve gevoelens. Hoe patiënten omgaan met positieve gevoelens kan een extra factor vormen in de behandeling. We proberen mensen duidelijk te maken dat ze het piekeren moeten loslaten. Maar ze moeten zelf ook willen genieten van de goede momenten. Hoe klein die soms ook zijn.’ (*Zelfcontrole*)

- ‘Op dit moment richten we ons bij depressie vooral op de negatieve gevoelens. Op patiënten die in de put zitten, die niet meteen een uitweg zien uit het verdriet en het piekeren. Iemand moet die negatieve gedachten mee helpen dragen en erkennen. Tegelijkertijd is een depressie ook een stoornis die zich kenmerkt door het niet vinden van positieve gevoelens. Hoe patiënten omgaan met positieve gevoelens kan een extra factor vormen in de behandeling. Samen met de patiënt gaan we dan op zoek naar positieve herinneringen. Hoe klein die soms ook zijn.’ (*De tocht*)

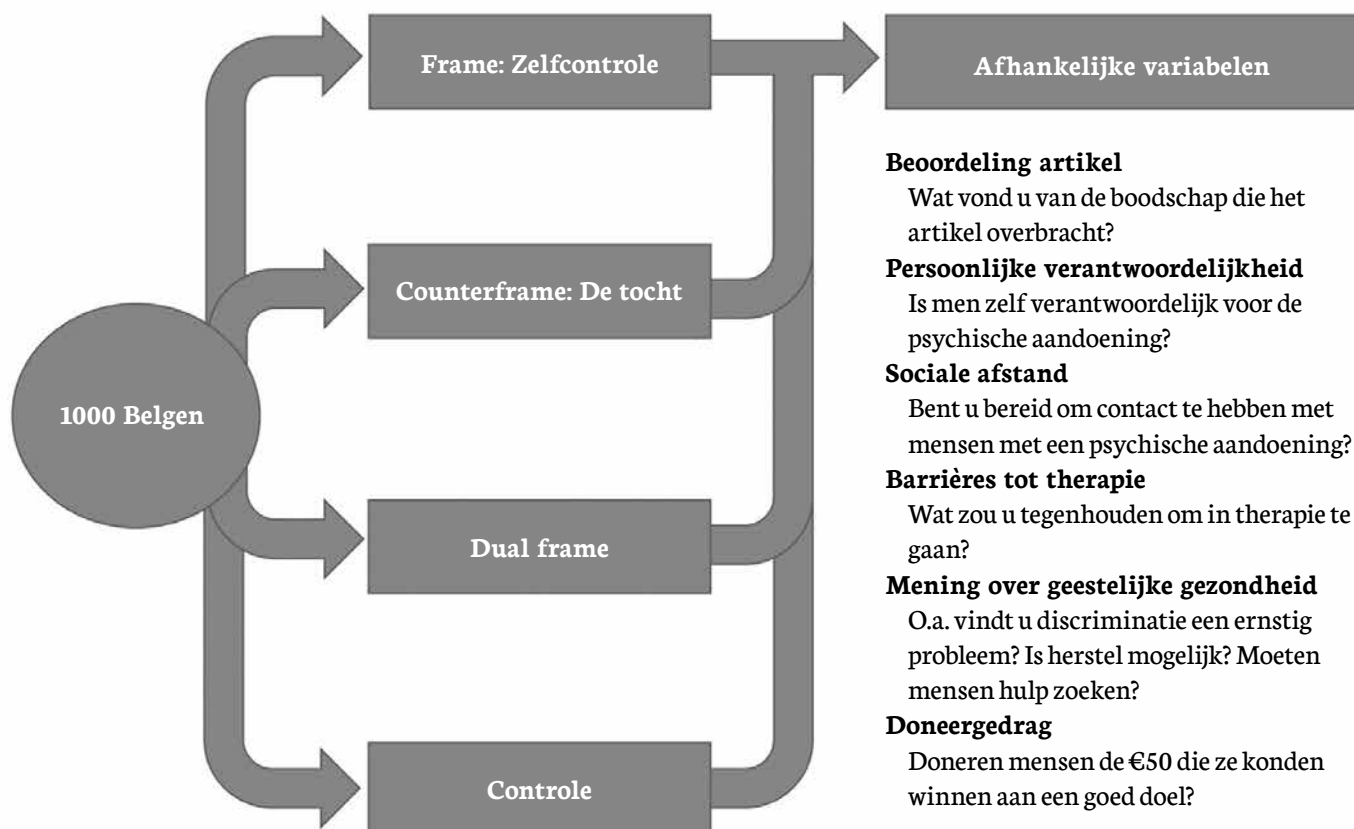
Om na te gaan of de manipulatie geslaagd was, werd er aan de respondenten gevraagd het artikel te beoordelen. De duizend respondenten waren het er eerder mee eens (3,52 op een schaal van 1 tot 5) en vonden het eerder geloofwaardig (3,60). Ook wat betreft de objectiviteit scoorde het artikel boven het middelpunt (3,25). Respondenten die zelf een psychische aandoening hebben of hadden, vonden het artikel in het algemeen significant geloofwaardiger dan mensen zonder persoonlijke ervaring. Wanneer de verschillende condities vergeleken werden, bleek dat de respondenten het met alle varianten even eens waren. Verder werden versies van het artikel die gebruik maakten van het stigmatiserende frame *Zelfcontrole* niet als minder geloofwaardig of objectief bestempeld dan de versie met *De tocht* of de versie waarin beide werden gecombineerd. Een laatste en voorname ‘manipulatiecheck’ bestond uit het nagaan of de respondenten die het artikel met het counterframe *De tocht* lazen dit artikel significant minder problematiserend vonden ten aanzien van psychische aandoeningen dan zij die het artikel onder ogen hadden gekregen dat gebruik maakte van het problematiserende frame *Zelfcontrole*. Wanneer gecontroleerd werd voor andere variabelen die hier mogelijk eveneens een invloed op uitoefenden, bleek dit inderdaad het geval te zijn. Men vond *De tocht* (3,66) significant minder problematiserend dan de combinatie van *De tocht* en *Zelfcontrole* (3,79), wat op zijn beurt minder problematiserend was dan het frame *Zelfcontrole* (3,82). Op basis van deze bevindingen concludeerde het onderzoeksteam dat de manipulatie geslaagd was.

De vragen

De duizend gerekruteerde Belgen werden geheel willekeurig verdeeld over de drie gemanipuleerde versies, met dien verstande dat 210 respondenten in een ‘controleconditie’ terechtkwam (zie daarvoor figuur 12). Dit laatste hield in dat deze mensen geen artikel lazen, maar wel dezelfde, waar nodig aangepaste vragen voorgelegd kregen (zie bijlage 2 voor de volledige vragenlijst). Voorafgaand aan het leeswerk werden er geen vragen gesteld over geestelijke gezondheid. De respondenten wisten dat de vragenlijst betrekking had op ‘enkele maatschappelijke thema’s’, maar niet dat hij specifiek over psychische aandoeningen ging. Door niet van een voormeting gebruik te maken, werd vermeden dat zij die het artikel vooraf te zien kregen door de vraagstelling reeds in een bepaalde denkrichting werden gestuurd. Een ander aandachtspunt had betrekking op de wetenschap dat mensen online berichten – ook als zij zich niet een experimentele

setting bevinden – erg vluchtig doornemen. Het was om die reden dat er werd besloten om hen uit te nodigen het artikel minstens één minuut te bekijken. Bovendien verscheen de knop om naar de eigenlijke vragenlijst te gaan pas na zestig seconden op het scherm.

Figuur 12: Opzet van de experimentele studie



Vooraleer ze het gemanipuleerde artikel onder ogen kregen, werd er aan de deelnemers toch nog een specifieke opdracht voorgelegd. Ieder van hen kreeg namelijk de kans om één miljoen (opnieuw fictieve) euro's te verdelen onder zes verschillende beleidsdomeinen. De domeinen waren geestelijke gezondheidszorg, openbaar vervoer, leefmilieu, werkgelegenheid, de opvang van vluchtelingen en de bestrijding van kinderarmoede. De respondenten kregen de opdracht om het geld te verdelen op basis van hoe belangrijk ze elk domein vonden. Met andere woorden, hoe meer iemand investeerde in (bijvoorbeeld) geestelijke gezondheidszorg, hoe belangrijker de respondent dat domein vond.

Meteen na lezing en beoordeling van het artikel werd de respondenten gevraagd aan te geven in welke mate ze bereid waren persoonlijk contact te hebben met de getuigen uit het krantenartikel. Wie geen artikel had gelezen, kreeg eerst een summiere beschrijving van deze personen (de concrete vraag luidde als volgt: "Recent onderzoek wees uit dat meer dan 10 000 ouders in België lijden aan een postnatale depressie. Elke Janssens (28) en Tim Vanoverbeke (35) behoren tot die groep. Ze hebben elk al meer dan twee jaar last van een depressie"). De voornaamste hypothese daarbij was dat de respondenten die het

artikel met het problematiserende frame *Zelfcontrole* hadden gelezen minder tot contact bereid waren dan de respondenten die het concrete artikel niet hadden gelezen, en dat het artikel met *De tocht* het opmerkelijk beter zou doen. Het artikel had de respondenten immers de kans geboden zich een concreter beeld van Elke en Tim en hun problematiek te vormen, wat de empathie zou doen toenemen en het stigma zou doen dalen.

Vervolgens dienden de respondenten aan te geven of ze vonden dat de getuigen in het krantenbericht al dan niet zelf verantwoordelijk waren voor hun psychisch probleem. Daarna werden de deelnemers aan het experiment aangemoedigd in te beelden dat ze zichzelf in de situatie van Elke of Tim zouden bevinden, om aan te kunnen geven welke barrières men dacht te ondervinden die hen ervan zouden weerhouden om professionele hulp te zoeken bij een therapeut, psycholoog of psychiater. De mogelijkheden varieerden van de kost en de duur van therapie tot de vrees voor stigma. Verder gaven de respondenten hun mening over enkele algemene stellingen bij het thema geestelijke gezondheid. Zo werd hen gevraagd of ze geloofden dat iemand die een psychische aandoening had na behandeling opnieuw een actief leven kan leiden, en of de discriminatie van mensen met een psychisch probleem een ernstig probleem vormt. Vervolgens werd gevraagd naar de persoonlijke ervaringen met psychische aandoeningen, en de gemoedstoestand van de respondent gedurende de dertig dagen die aan het experiment vooraf gingen. Ten slotte werd aan de respondenten de keuze gelaten om de vijf waardebonnen van vijftig euro die onder de deelnemers van de enquête verloot werden al dan niet te doneren aan een goed doel dat zich inliet met geestelijke gezondheid. Deze laatste vraag maakte het mogelijk om enig idee te krijgen van het mogelijke effect van het artikel op het concrete gedrag van de respondenten.

De resultaten

Opmerkelijke verschillen tussen Nederlandstaligen en Franstaligen

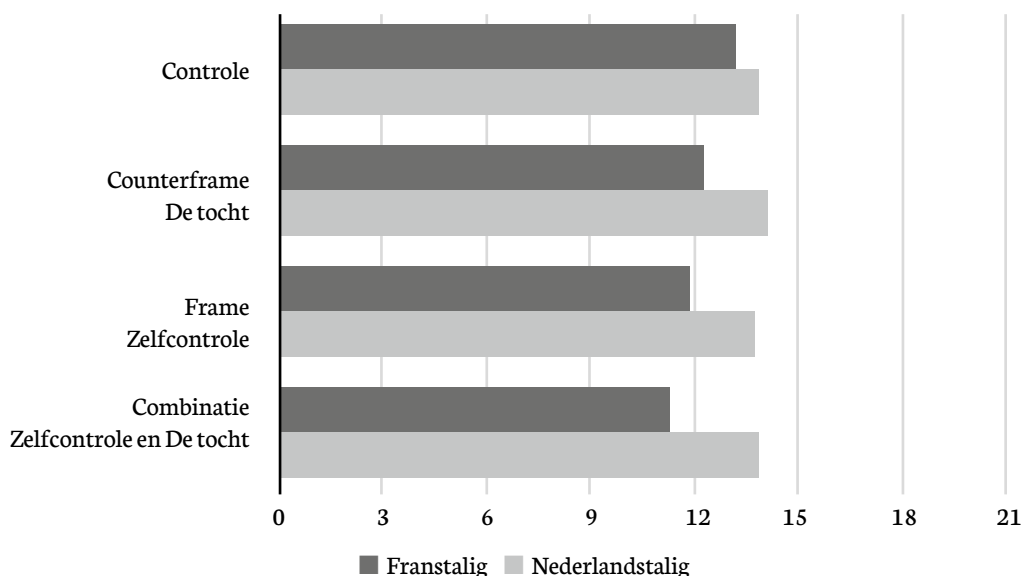
Uit de aan het eigenlijke experiment voorafgaande oefening waarbij de respondenten een miljoen euro konden verdelen, bleek om te beginnen dat Belgen geestelijke gezondheidszorg niet als een prioritair beleidsdomein beschouwden. Als zij het beleidsmatig voor het zeggen hadden en de keuze bestond uit een investering in de geestelijke gezondheidszorg, openbaar vervoer, leefmilieu, werkgelegenheid, de opvang van vluchtelingen en de bestrijding van kinderarmoede, dan zou enkel de opvang van vluchtelingen het met minder geld moeten doen. Er waren echter verschillen tussen de Nederlandstalige en de Franstalige respondenten op te tekenen. Bij de Nederlandstalige respondenten bekleedde geestelijke gezondheidszorg een mooie derde plaats, na werkgelegenheid en kinderarmoede. Bij de Franstalige respondenten belandde geestelijke gezondheidszorg daarentegen op de voorlaatste plaats, voor de opvang van vluchtelingen.

Een belangrijke vraag in het experiment was of de respondenten bereid waren om contact te hebben met Elke en Tim uit het krantenartikel: om als collega intens met ze samen te werken, om vrienden te worden of om een hele avond met hen te babbelen. Verder moesten ze aangeven of ze hem of haar zouden aanvaarden als buur, als aangetrouwde familie, als leerkracht van hun zoon of dochter, of als het lief van hun zoon of dochter. Belgen blijken het meest open te staan om iemand met een postnatale

depressie als buur te hebben. Ze vinden het echter het moeilijkst om zo iemand te aanvaarden als de leerkracht van de eigen zoon of dochter.

Door reacties op de scenario's samen te nemen, was het mogelijk om per respondent een score voor 'sociale afstand' te berekenen. Op een schaal van 0 ("Helemaal nooit bereid") tot 21 ("Altijd volledig bereid"), scoorden de Belgen gemiddeld 13. Die score zit aan de positieve zijde van het spectrum, dus zij zijn 'enigszins bereid' om de afstand te verkleinen. Het bleek echter dat de Nederlandstalige en Franstalige respondenten danig van elkaar verschilden (zie Figuur 13). De Franstalige respondenten waren minder bereid om contact te hebben met personen met een postnatale depressie dan de Nederlandstalige respondenten. In de conditie waarin de respondenten geen artikel te lezen kregen, was het verschil statistisch niet significant. Voor de groepen die wel een artikel bekeken hadden, waren die verschillen wel statistisch significant. Bovendien bleek dat de frames de gewenste sociale afstand van de Nederlandstalige respondenten nauwelijks konden beïnvloeden. Dat was wél het geval voor de Franstaligen: vergeleken met Franstalige respondenten die geen artikel hadden gelezen, waren personen die het artikel lazen dat het frame *Zelfcontrole* combineerde met het counterframe *De tocht* significant minder bereid om in contact te treden met mensen met een postnatale depressie.

Figuur 13: De gemiddelde score op een schaal voor sociale afstand ten opzichte van personen met een postnatale depressie in die vier experimentele condities voor Franstaligen en Nederlandstaligen (n = 1000)



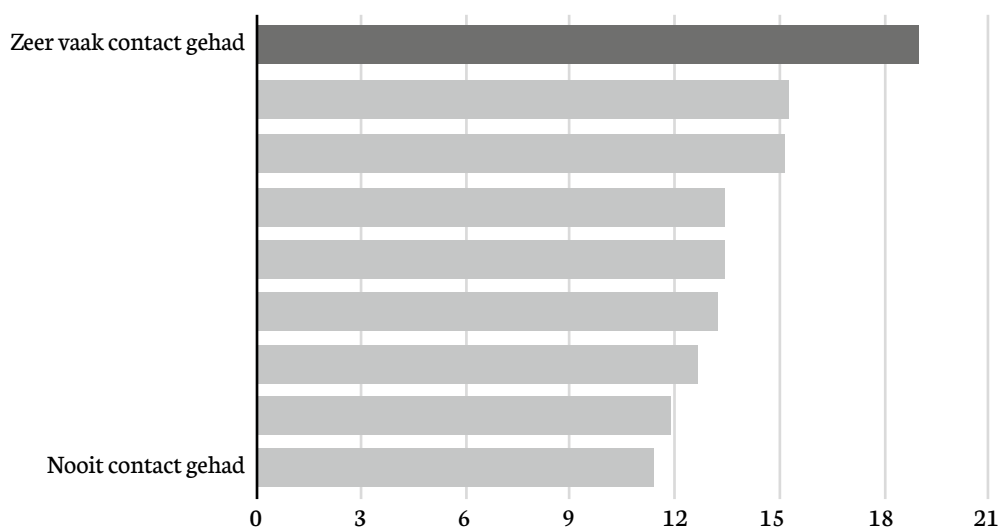
Noot: De score 0 wijst erop dat een respondent in alle voorgelegde scenario's helemaal niet bereid is tot contact. Een score van 21 geeft aan dat hij of zij altijd helemaal bereid was tot sociaal contact.

De concretisering, de woordkeuze en de uitspraken hadden er blijkbaar voor gezorgd dat een significant deel van de Franstalige Belgen die aan het onderzoek deelnamen minder bereid waren om sociaal contact te hebben met mensen die met een postnatale depressie te kampen hadden. Het verschil met de controleversie bleek significant bij de versie waarin er werd afgewisseld tussen het stigmatiserende woordgebruik van

Zelfcontrole met de op het eerste gezicht bemoedigende taal uit *De tocht*. De combinatie van *Zelfcontrole* met *De tocht* versterkte bij de Franstalige respondenten het stigma met andere woorden alleen maar. *Zelfcontrole* legde de oorzaak én impliciet ook de oplossing van het probleem bij het individu (“als je niet wil genieten van een zwangerschap vraag je zelf om een depressie”) en *De tocht* stelde bovendien dat derden die negatieve gevoelens moeten “helpen dragen en erkennen”. De resultaten suggereren met andere woorden dat de redenering dat iemand zelf verantwoordelijk is voor een psychische aandoening, door “de hele dag in hun bed te liggen huilen en piekeren” en dat *anderen* dat alles dragelijk moeten helpen maken, bij het grote publiek op weerstand stuit. Dit resultaat geeft aan dat het beter is om enkel in te zetten op counterframes en deze niet te combineren met problematiserende frames. Ze lijken elkaar immers in negatieve zin te kunnen versterken.

Bij een meer diepgaande analyse duiken er bij het vergelijken nog een aantal andere, significante verschillen op. Zoals Figuur 13 al aangaf, bleek de taal een belangrijke (en zelfs de belangrijkste) voorspeller voor de sociale afstand. Franstaligen waren significant minder bereid om contact te hebben met de getuigen uit het nieuwsbericht. Wat verder ook nog bleek is dat vrouwen meer dan mannen en jongeren meer dan ouderen bereid waren om contact te hebben. Wie goede doelen financieel steunt, toonde zich eveneens vaker bereid om contact te hebben. Ten slotte bleek dat des te vaker een deelnemer al persoonlijk contact had met iemand met een psychische aandoening, des te meer men bereid was om contact te hebben met de getuigen uit het artikel (zie Figuur 14). Met andere woorden, wanneer een getuige wordt opgevoerd in een krantenartikel zorgt dit er niet voor dat de lezers meer contact willen met hem of met haar. Meer nog, in het slechtste geval zorgt het er zelfs voor dat men *minder* bereid is om contact te hebben. Werkelijk contact in het persoonlijke blijkt wel te werken waar gemedieerd contact machteloos blijkt te zijn.

Figuur 14: De gemiddelde score op een schaal voor sociale afstand ten opzichte van personen met een postnatale depressie, op basis van eerder en persoonlijk contact met personen met psychische aandoeningen (n = 1000)



Noot: De score 0 wijst erop dat een respondent in alle voorgedachte scenario's helemaal niet bereid is tot contact. Een score van 21 geeft aan dat hij of zij altijd helemaal bereid was tot sociaal contact.

Opgelet: De gegevens van de bovenste (doorzichtige) balk zijn gebaseerd op slechts één respondent.

Behalve contact met anderen die lijden aan een psychische aandoening kan een persoon op een andere manier ervaring opdoen met geestelijke gezondheid: hij of zij kan zelf een psychische aandoening hebben of gehad hebben. Ruim een kwart (26%) van de mensen in de steekproef gaf aan zelf ooit een psychische aandoening te hebben gehad. Bovendien werd aan de hand van de *Kessler psychological distress scale* (K6) gepeild hoe de respondenten zich in de dertig dagen voorafgaand aan het experiment hadden gevoeld. De resultaten toonden aan dat 8,5% van de respondenten op het moment van de vragenlijst te maken had met een zeer slechte gemoedstoestand, die mogelijk op een ernstige psychische aandoening wees (Kessler et al., 2003). De huidige gemoedstoestand had geen invloed op de gewenste sociale afstand, maar wie aangaf zelf al een psychische aandoening te hebben gehad, was meer bereid om in contact te treden met de figuren uit het krantenartikel. Het effect van persoonlijke ervaring was zelfs iets sterker dan het effect van de ervaring uit contact met anderen. Dit houdt eveneens in dat mensen die zelf een psychische aandoening hebben én vaak fysisch in contact komen met lotgenoten zich het meest bereid tonen om met de getuigen uit het artikel om te gaan.

Voluit gaan voor ‘De tocht’

Uit verdere analyses, waarbij rekening werd gehouden met de in de vorige paragraaf vermelde en andere achtergrondvariabelen uit het experiment⁴, viel heel wat af te leiden over wie en welke groepen in de samenleving de verantwoordelijkheid voor een postnatale depressie aan de directe betrokkenen toeschrijven. Hebben ze hun ziekte zelf uitgelokt en hebben ze controle over de uitweg uit de depressie? Bestempelen ze de discriminatie die de personen met een psychische aandoening mogelijk ondervinden als een ernstig probleem of niet? De analyse toonde alvast aan dat enerzijds de frames *Zelfcontrole* en *De tocht* hierop een grote invloed uitoefenen, maar dat anderzijds ook andere variabelen hierbij een rol van betekenis spelen. De frames hadden echter geen effect op het inschatten van wat de mogelijke barrières tot therapie zouden kunnen zijn.

Het frame *Zelfcontrole* was de op één na belangrijkste voorspeller voor het toekennen van persoonlijke verantwoordelijkheid. Wie het artikel met *Zelfcontrole* had gelezen, kende significant meer schuld toe. Met andere woorden, de Belgen die deelnamen aan het experiment gingen mee in de redenering dat iemand zelf een depressie over zich kan afroepen. De belangrijkste voorspeller bleek echter het geslacht van de respondent te zijn. Vrouwen kenden significant minder dan mannen de schuld toe aan de directe betrokkenen. Verder bleek dat Nederlandstaligen dat significant minder deden dan Franstaligen. Hetzelfde gold voor respondenten die zich ten tijde van het experiment minder goed in hun vel voelden zitten, respondenten die ooit al zelf een psychische aandoening hadden en respondenten die bij de eerste vraag aangaven geestelijke gezondheid een belangrijk beleidsthema te vinden door er meer geld aan toe te kennen.

Het experiment leverde één sterke indicatie op om te kunnen stellen dat het met het oog op destigmatisering van personen met een psychische aandoening aan te raden is om in te zetten op een counterframe, in dit geval *De tocht*. De vragenlijst bevatte immers eveneens algemene stellingen over psychische aandoeningen. Het is met dit soort vragen dat het effect van het lezen van de geframede artikelen het beste valt na te gaan.

⁴ Het ging over de volgende variabelen: taal; geslacht, leeftijd, diploma en de sociaaleconomische status van de respondent; het bedrag dat de respondent virtueel zou investeren in geestelijke gezondheidszorg in vergelijking met andere beleidsdomeinen; zijn of haar contact met mensen met een psychische aandoening, of de persoon al dan niet zelf een psychische aandoening heeft (gehad), de mate waarin hij of zij zich de laatste dagen mentaal slecht had gevoeld, en of de respondent in kwestie goede doelen steunde, hetzij financieel, hetzij door zich in te zetten als vrijwilliger.

Wie het artikel had gelezen dat gebruik maakte van *De tocht* was het significant meer dan de mensen in de andere condities eens met de stelling dat de discriminatie van mensen met een psychische aandoening een ernstig probleem vormt. Zoals te zien is in tabel 4 bleef dit hoofdeffect overeind wanneer er ook met andere belangrijke factoren die in een invloed hierop uitoefenen rekening werd gehouden. Zo bleek eveneens dat hoe lager de sociaaleconomische status van de respondenten, hoe meer zij de discriminatie een ernstig probleem vonden. Verder was uit de data op te maken dat vrouwen het er vaker dan mannen mee eens waren dat de discriminatie van mensen met een psychische aandoening een ernstig probleem vormt. Opnieuw blijkt er een sterk genderaspect te spelen bij de perceptie aangaande psychische aandoeningen. Mensen die zelf een psychische aandoening hebben of hebben gehad, waren het eveneens meer eens dat discriminatie een ernstig probleem vormde.

Tabel 4: De invloed van de frames op hoe groot men het probleem van discriminatie van mensen met een psychische aandoening inschat (n = 1000)

Voorspeller	β	P
Taalkeuze	- 0.004	
Geslacht	0.235	***
Leeftijd	0.002	
Diploma	- 0.011	
Sociaaleconomische status	- 0.134	○ ***
Toegekend geld voor GGZ	0.148	○ ***
Vorig contact met mensen met een psychische aandoening	0.000	
Eigen ervaring met het hebben van een psychische aandoening	0.127	***
Kessler Psychological Distress Scale	0.073	*
Financieel steunen goede doelen	0.091	**
Vrijwilligerswerk bij goede doelen	- 0.012	
Frame <i>Zelfcontrole</i>	- 0.001	
Counterframe <i>De tocht</i>	0.084	○ *
Combinatie <i>Zelfcontrole</i> en <i>De tocht</i>	0.004	
Constante	2.895 (0.203)	
N	1000	
Adj. R ²	0.117	

Noten: De afhankelijke variabele is de mate waarin men instemt met de stelling "De discriminatie van mensen met een psychisch probleem is een ernstig probleem". * p < 0.05; * p < 0.01; * p < 0.001

Besluit

Een wetenschappelijk experiment biedt de beste garantie om met vrij grote zekerheid de effecten van tekstuele manipulaties te meten. Een nadeel is echter dat er daarbij harde keuzes moeten worden gemaakt van wat er wel en wat er niet aan de test wordt onderworpen. Als de kranten berichten over mensen met een psychische aandoening – in dit geval een postnatale depressie – blijkt dit er niet voor te zorgen dat men meer bereid is om contact te hebben met deze mensen. In het slechtste geval zorgt het zelfs voor een vermindering in de bereidheid om in contact te treden: bij de Franstalige respondenten vergrootte de sociale afstand vooral als er sprake was van weinig zelfcontrole in combinatie met de opvatting dat de betrokkenen op de steun van derden moeten kunnen rekenen. Alles bij elkaar genomen, bleek *De tocht* de beste keuze te zijn, onder meer omdat bij dit counterframe er een significant effect was op de mening dat mensen met psychische aandoeningen vaak gediscrimineerd worden.

Het zou nog heel wat meer geëxperimenteer vergen om alle frames en counterframes uit het onderzoek uitgebreid te testen. Er zijn alvast drie lessen te trekken uit dit experiment. Ten eerste blijkt een problematiserend frame als *Zelfcontrole* echt wel te stigmatiseren. Het is niet zo dat mensen het als zodanig herkennen en er tegenin gaan redeneren. Dat iemand zelf een depressie over zich af kan roepen, klinkt blijkbaar voor heel wat respondenten geloofwaardig in de oren. Het gebruik van problematiserende frames is dus af te raden. Ten tweede, zelfs in combinatie met een deproblematiserende counterframe, dat in principe tegengewicht zou kunnen bieden, krijgt het problematiserende frame in sommige groepen de bovenhand. De idee dat mensen zelf verantwoordelijk zouden zijn voor een psychische problematiek in combinatie met dat ook zij begrip en steun van anderen nodig hebben, kan volgens de resultaten van dit experiment tot een grotere sociale afstand te leiden. Ten derde, moet er omzichtig worden omgesprongen met het portretteren van mensen met psychische problemen. Terwijl vele Belgen bij een formulering in meer abstracte termen nog bereid zijn tot contact, neemt deze bereidheid af als het concreter wordt over wie het precies gaat. “Liever niet...” is blijkbaar de eerste spontane reactie. Opvallend is dat deze neiging groter is in Franstalig België, bij mannen en bij mensen die geen persoonlijke ervaring hebben met psychische aandoeningen. Dit verschil tussen Vlaanderen & Franstalig België valt mogelijk te verklaren door het feit dat er in Vlaanderen heel wat campagnes lopen die aan de beeldvorming rond psychische problemen willen verhelpen (zoals *Te Gek!* en *De Rode Neuzen*-actie). Daarnaast zijn er de getuigenissen van bekende Vlamingen over hun psychische problemen die regelmatig in de pers verschijnen. Kortom, er is nog heel wat werk aan de winkel.

DE BEELDVORMING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG: DIEPTE-INTERVIEWS MET PROFESSIONALS

Een gerichte bevraging in de Netwerken Geestelijke Gezondheidszorg

Om het maatschappelijke potentieel van de gedefinieerde frames en counterframes verder te onderzoeken, wilden de onderzoekers bijkomend inzicht verwerven in hoe ze ingezet worden en ingezet kunnen worden in de hulpverlening en de geestelijke gezondheidssector (GGZ) in België. De tendens om tot een getrapte hulpverlening te komen, of tot een ‘vermaatschappelijking’ van de geestelijke gezondheidszorg, gaat idealiter gepaard met een genuanceerde communicatie. Als hulpverleners in de praktijk nog potentieel stigmatiserende perspectieven op psychische aandoeningen hanteren, zou dat de zorg zelf ondermijnen. Indien de professionals daarentegen er bewust of bewuster over communiceren kan dat een troef vormen. Meer nog, indien de verschillende partners binnen de sector samen een coherente boodschap brengen, is de kans het grootst dat ook de samenleving die boodschap overneemt. Zowel in de communicatie naar het brede publiek als in de communicatie met hulpvragers heeft een meer bewuste (counter)framing met andere woorden een rol van betekenis te vervullen.

Selectie van de interviewees

De vijfde onderzoeksvraag peilde specifiek naar de opvattingen die in de geestelijke gezondheidszorg over psychische aandoeningen bestaan. Om deze vraag te beantwoorden, werd er gebruik gemaakt van diepte-interviews. Concreet zijn in vier Belgische Netwerken geestelijke gezondheidszorg uit de regio's Antwerpen (Samenwerkingsverband gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg Regio Antwerpen), Leuven (Netwerk Transmurale Zorg Artikel 107 Leuven-Tervuren), Brussel (Projet 107 sur la zone Est de Bruxelles) en Luik (Projet Fusion Liège) 36 professionals geïnterviewd. De betrachting daarbij was een zo goed mogelijke afspiegeling van de sector te bekomen. Een eerste partner die daarbij aan bod kwam, was de residentiële zorgverlening⁵. Tot de geïnterviewden behoorden drie psychologen, drie psychiaters en drie psychiatrisch verpleegkundigen. Voor de tweede partner, de ambulante zorgverlening en de mobiele teams, werden vier psychologen en een psychiater geïnterviewd. Een deel van de professionals zijn zowel in de residentiële als in de ambulante zorg actief, zodat de residentiële en ambulante zorgvormen toch ongeveer evenwaardig vertegenwoordigd zijn. Een belangrijke focus voor het onderzoek waren de eerstelijnszorgers. De vier geïnterviewde huisartsen spelen zo een belangrijke rol in het detecteren van psychische problemen en het oriënteren van de patiënt in het hulpverleningsaanbod. Daarnaast werden vier thuisverpleegkundigen geïnterviewd, aangezien zij van nabij bij het dagelijkse leven van patiënten betrokken zijn. Vervolgens werden vier professionals uit het domein van socio-professionele rehabilitatie bevraagd. Hun specialisatie is de re-integratie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Externe partners in de sector van de huisvesting leverden vier geïnterviewden. Zes professionals in de steekproef waren ten slotte actief bij partners in het domein welzijn. Als partner in preventie en eerstelijnszorg spelen zij een belangrijke rol in de geestelijke gezondheidszorg. Voor de selectie van de bevroegde partners lieten de onderzoekers zich

⁵ Tot de residentiële zorgverlening worden (algemene) psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en therapeutische gemeenschappen gerekend, net als Initiatieven voor Beschut Wonen.

inspireren door de partners van de FOD Volksgezondheid en de hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg (bekend als ‘artikel 107’ van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen die gericht is op de uitbouw van zorgcircuits en GGZ-netwerken).

De selectie van de interviewees is zo willekeurig mogelijk verlopen. Voor de externe partners was een beperkende voorwaarde dat de geïnterviewde tijdens de dagelijkse professionele activiteiten met personen met psychische aandoeningen in contact kwam. Per netwerk werden telkens negen interviews afgenomen. Op die manier werd een evenwichtige spreiding over de verschillende partners en de twee taalgebieden nagestreefd. Zelfselectie als gevolg van de aard van het gespreksonderwerp (d.w.z. de beeldvorming in de sector van personen met een psychische aandoening) was echter niet volledig uit te sluiten.

Opbouw van de diepte-interviews en methodologische overwegingen

Om de opvattingen over personen met een psychische kwetsbaarheid bij de professionals na te gaan, kregen de geïnterviewden enkele open vragen en een aantal stellingen voorgeschoteld. De open vragen peilden naar hun spontane en persoonlijke kijk op mentale gezondheid:

- Wat is voor u een psychische aandoening?
- Als u één beeld zou moeten gebruiken om aan een leek uit te leggen wat een psychische aandoening is, welk beeld zou u dan kiezen?

Achteraf werd nagegaan welke frames en counterframes er in de antwoorden tot uiting kwamen, als veruitwendiging van de denkkaders van waaruit de professionals naar hun cliënten keken. Bijkomende vragen over wat volgens hen de oorzaak, de gevolgen en mogelijke ‘oplossingen’ voor mentale problemen zijn, kaderden eveneens binnen datzelfde doel.

Vervolgens legde de interviewer twaalf stellingen over psychische aandoeningen voor. Deze stellingen vertegenwoordigden de twaalf frames uit het onderzoek. Pas in dit tweede interviewgedeelte kwamen de frames expliciet aan bod, wat inhoudt dat er hierbij wel sprake was van enige ‘sturing’ vanwege de interviewer. De stellingen hadden tot doel om een reactie uit te lokken en waren daarom erg direct geformuleerd. Voorbeelden van deze stellingen waren (voor een volledig overzicht van de interview-guide zie bijlage 3):

- Een psychische aandoening is een probleem dat mensen zichzelf aandoen door een gebrek aan (voldoende) zelfcontrole.
- Een psychische aandoening is een uiting van zwakte van iemand die niet mee kan, die niet aan de verwachtingen in de moderne maatschappij voldoet.

De geïnterviewde diende telkens haar of zijn antwoord te onderbouwen (bijv. “Mijn patiënten denken er wel soms zo over, maar ik ben het daar niet mee eens, omdat...”). Op die manier kon ten eerste worden nagegaan welke frames en/of counterframes de professionals uit de sector verkozen. Ten tweede was het mogelijk om vanuit framing zicht te krijgen op wat volgens hen mogelijke struikelblokken en opportuniteiten zijn met het oog op een destigmatiserende communicatie.

De gekozen methode kende echter een belangrijke beperking. Wat de houding van professionals is ten aanzien van psychische aandoeningen kon tijdens de interviews nagegaan worden. Echter, hoe ze in hun concrete interactie met cliënten en patiënten (geen) gebruik maken van (counter)frames viel niet te onderzoeken. Een antwoord formuleren op de vraag of professionals in hun werkcontext zelf stigmatiseren, is bijgevolg op basis van de gehanteerde aanpak niet mogelijk. Daarvoor zouden de interacties tussen hulpverlener en cliënten rechtstreeks geregistreerd of geobserveerd moeten worden, wat in het kader van het voorliggende onderzoek niet mogelijk was.

Resultaten

De interviewstudie leverde enerzijds een *status questionis* van de beeldvorming in de sector op: hoe is die beeldvorming te kenschetsen en welke mogelijkheden voor een betere, destigmatiserende framing zijn daar eventueel uit af te leiden? Anderzijds konden de frames zelf geëvalueerd worden: welke voor- en nadelen kenmerken de frames en counterframes, en welke (on)gewenste associaties roepen ze op?

De frames over psychische aandoeningen en hun toepassing door de professionals bleken ook met het debat over geestelijke gezondheidszorg verbonden te zijn. Het eerder problematisch gebruik van bepaalde frames kon zodoende gelinkt worden aan een meer ‘klassieke’ visie op die geestelijke gezondheidszorg, terwijl een niet-problematisch framegebruik dan weer vaak verband hield met een eerder ‘hedendaagse’ visie in dat debat. Frames bleken zich niet enkel op het scharniervlak te bewegen tussen klassieke en vernieuwende opvattingen in de sector, ze bevonden zich ook op het raakpunt van de beeldvorming in de sector, en die in de samenleving.

Doordat frames zich niet in een communicatief vacuüm bewegen, maar in de interactie tussen de verschillende betrokkenen, delen de frames de complexe context die het thema en de sector kenmerkt. Verschillende opvattingen van de patiënt, zijn omgeving, of verschillende hulpverleners, kunnen conflicteren of juist wederzijds begrip bevorderen. Frames spelen daarin een niet te onderschatten rol, bleek uit de interviews. Elk frame bevat een kern van waarheid, een legitieme en realistische blik op psychische aandoeningen, maar tegelijkertijd ook andere, veralgemenende en stigmatiserende betekenselementen. Strategisch framegebruik veronderstelt dat het frame zo aangewend wordt dat het een heldere en open communicatie bevordert en stigma vermijdt, terwijl dat in de praktijk niet vanzelfsprekend bleek te zijn.

In wat volgt worden achtereenvolgens de twaalf frames en counterframes besproken. Per frame komen de aandachtspunten die de professionals zelf aangaven (in het interviewgedeelte met sturing, cf. bijlage 3) aan bod. De manier waarop het frame in de context van de geestelijke gezondheidszorg en haar verschillende betrokkenen ‘past’, wordt kort toegelicht. Het gebruik van het frame door de professionals uit de sector krijgt telkens een evaluatie in het licht van de voorgaande aspecten. Het is bijvoorbeeld niet ondenkbaar dat een frame omwille van een bepaald potentieel gebruikt wordt, zoals het aansluiten bij de denkwereld van de patiënt of cliënt, of de samenleving, terwijl met andere, ongewenste (stigmatiserende) implicaties dan weer onvoldoende rekening gehouden wordt.

Het eerste gedeelte van de vragenlijst, met open vragen, gaf informatie over de spontane associaties die psychische aandoeningen bij de professionals opriepen. De professionals maakten in dat gedeelte eerder beperkt gebruik van de frames; spontaan kozen ze vaak voor heel *feitelijke* omschrijvingen. Sommige frames kwamen (bijna) niet voor, terwijl andere wel een uitdrukking kregen. Het tweede deel van de vragenlijst, het gedeelte met de stellingen, gaf aanleiding tot meer framegebruik. Een tendens was dat eerstelijnszorgers meer akkoord gingen met de frames en er iets meer gebruik van maakten, terwijl de counterframes eerder in gelijke mate door eerstelijnszorgers en gespecialiseerde hulpverstrekkers toegepast werden. Uit die vaststelling kon echter niet opgemaakt worden of er in een van beide groepen sprake zou zijn van stigmatisering. De resultaten wijzen erop dat stigmatiserend framegebruik in de sector bestaat en aandacht verdient, maar tegelijkertijd dat het geen constante vormt. Voorbeelden van destigmatiserend framegebruik kwamen dan weer vaker voor, maar waren eveneens niet veralgemeend.

Angst voor het onbekende: wie moet er voor wie bang zijn?

Stelling: een psychische aandoening is een angst inboezemend en allesbepalend kenmerk van sommige onberekenbare individuen.

Bij het frame *Angst voor het onbekende* speelde de vraag wie in feite bang moet zijn van wie: de samenleving van personen met een psychische aandoening, zoals mediaberichtgeving doorgaans suggereert, of omgekeerd? In hoeverre zijn de hulpverleners zelf beïnvloed door het frame in hun communicatie over psychische aandoeningen en in hun blik op patiënten?

De vraag of mensen met een psychische aandoening *gevaarlijk* zijn, is in een aantal gevallen niet onterecht. De geïnterviewde hulpverleners gaven aan dat mensen met een ernstige problematiek effectief gevaarlijk kunnen zijn voor zichzelf en hun omgeving. Zelfs voor de professionals is de omgang met hen soms allerm minst vanzelfsprekend. Sommige personen met psychische aandoeningen zijn bijvoorbeeld manipulatief en proberen teamleden tegen elkaar uit te spelen, of vertonen zelfbeschadigend gedrag. Dat herkennen als onderdeel van een ziektebeeld, is de taak van de hulpverlener.

“Mais, ce n’est pas toujours non plus dans le but de vraiment faire du mal. Moi j’ai connu une maman [schizophrène] qui a mis son bébé dans le frigo parce qu’il avait de la température et qu’on lui avait dit qu’il fallait le refroidir. Une autre maman l’aurait mis dans un bain.”

- psychiatrisch verpleegkundige, Liège Fusion

Dat onderscheid tussen de persoon en de psychische aandoening is voor de samenleving misschien niet echt relevant, aangezien het de perceptie van risico niet wegneemt. De naaste omgeving volgt al evenzeer die redenering regelmatig, stelde een psycholoog:

“Dat is iets dat mij geweldig opvalt, dat wanneer je mensen opneemt, dat ouders die de kinderen binnenbrengen er bijvoorbeeld van schrikken dat ze buiten mogen. ‘Waarom sluit je die niet op? Ze zijn gevaarlijk, onvoorspelbaar, ...’ Dat hoor je toch veel.”

- psycholoog, residentiële zorg, SaRA Antwerpen

Bovendien vonden verschillende hulpverleners (o.a. een maatschappelijk werker, Antwerpen) dat in een dergelijke redeneervorm vergeten wordt dat dit wantrouwen mensen met een psychische aandoening paradoxaal genoeg juist *kwetsbaarder* maakt dan individuen die het vertrouwen van de maatschappij genieten.

“Dan is er iemand die psychotisch is en iemand heeft neergestoken; dat link je er altijd mee: ‘Dat is iemand die zichzelf niet meester is en die doet gevaarlijke zaken’, terwijl de realiteit is dat die mensen een veel grotere kans hebben om slachtoffer te zijn dan dader. Dat krijg je moeilijk uitgelegd aan mensen die daar ver vanaf staan.”

- maatschappelijk werker, SaRA Antwerpen

Dat bepaalde mensen met psychische aandoeningen in de geestelijke gezondheidszorg ook een eerste reactie van angst kunnen oproepen, is vanuit het voorgaande begrijpelijk. Volgens sommige geïnterviewden uit beide landsgedeelten (o.a. maatschappelijk werkers uit de netwerken Liège Fusion en Leuven-Tervuren) reageren professionals soms misschien nog te veel vanuit die eerste emotie:

“Je suis d’accord effectivement pour monsieur et madame tout le monde qui n’a dans son vécu aucune approche particulière des difficultés en matière de santé mentale. Je crois qu’en tant que travailleurs sociaux, on a encore des peurs, ça c’est certain, mais on a cette possibilité de pouvoir identifier si pas d’une manière très claire, de pouvoir identifier, ok ça va, j’ai compris, ça ne tourne pas très rond, on va un petit peu se mettre à distance et on verra bien. Il y en a d’autres où effectivement c’est la panique totale.”

- maatschappelijk werker, partner welzijn, Liège Fusion

Wanneer bepaalde labels, specifieke *aandoeningen*, die angst gaan dragen, is er een groot risico dat de sector op basis van categorieën gaat stigmatiseren. Sommige geïnterviewden brachten het frame met de diagnose *borderline* in verband. Enkelen (o.a. een maatschappelijk werker, Leuven-Tervuren, een therapeut residentiële zorg, SaRA Antwerpen) gaven aan dat *collega’s* uit de sector wel vanuit het frame redeneerden, zodat het waarschijnlijk toch een issue in de geestelijke gezondheidszorg vormt, meer specifiek voor mensen die met *borderline* gediagnosticeerd zijn:

“Als je iets leest of hoort is het dikwijls *borderline*, dat is één van de aandoeningen die dikwijls zo wordt weergegeven, met als gevolg dat mensen in de zorg schrik krijgen soms van iemand met die diagnose. Dat zijn mensen die soms ook door de zorg gemeden worden, de GGZ-partners in de zorg hebben daar zelf ook last van. (...) [Ze beschouwen hen soms als] agressief, gewelddadig, sommige twijfelen of dat een psychiatrische aandoening is, dat geeft zo weinig resultaat, met die mensen werken, omdat het zo diep geworteld en fundamenteel is, dat ze soms, ja...”

- maatschappelijk werker, Leuven-Tervuren

Een psychiater vond dat een diagnose niet onder de vorm van een label (“borderli-ner”) in de communicatie met andere hulpverleners gebruikt mocht worden. Om geen vooroordelen op te roepen, zou de diagnose zo goed mogelijk genuanceerd dienen te worden, wat op zich aangeeft dat diagnoses niet frameneutraal zijn:

“Je pense qu’il ne faut pas mettre tout le monde dans la catégorie état limite en effet parce que ça transmet ces idées d’impulsivité, de colère inappropriée, de passage à l’acte auto-agressif très fréquent. Et je pense que surtout aux urgences, par exemple, ou bien avec d’autres médecins, il faut vraiment éviter de résumer une personne à ce mot-là. Il faut plutôt dire, ‘cette personne fait partie des troubles de personnalité état limite développant pour les raisons suivantes. Mais il faut essayer d’éviter de simplement dire ‘état limite’ parce que oui c’est vrai que je pense que ça, pour la médecine en général, ça développe des idées préconçues.”

- psychiater, Liège Fusion

Tijdens de interviews gebruikten de hulpverleners het frame *Angst voor het onbekende* betrekkelijk weinig, en niet op een expliciet stigmatiserende manier. Eerstelijnszorgers (bijv. thuisverpleegkundigen) maakten er in verhouding tot psychologen en psychiaters relatief meer gebruik van. Ook met de stelling over het frame waren ze het iets vaker eens. Aangezien specialisten aangaven het erg belangrijk te vinden om in hun professionele kijk de aandoening van de patiënt te scheiden, zou dat relatieve verschil eventueel als een gevolg van technisch jargon gezien kunnen worden. Waar eerstelijnszorgers “vooral moeten werken met vermoedens” (thuisverpleegkundige, SaRA Antwerpen), kunnen specialisten hun handelen op diagnoses baseren.

Het frame *Angst voor het onbekende* kan dan een impliciete uitdrukingsvorm krijgen, via diagnostische labeling⁶. In de marge van het onderzoek stelde een ex-patiënt dat “de geestelijke gezondheidszorg zelfs nog meer stigmatiseert dan de samenleving”. Dat aanvoelen heeft mogelijk te maken met indirecte, ‘geïnstitutionaliseerde’ framing via de betekenislading die diagnoses in de sector kunnen krijgen: “heel veel mensen kennen [of begrijpen] hun eigen diagnose niet” (maatschappelijk werker, Leuven-Tervuren), waardoor ze wantrouwig staan tegenover hulpverleners, die op hun beurt met de diagnose een referentiekader hebben. Bovendien staan ze vanuit een gezagspositie in de zorgrelatie.

Het frame *Angst voor het onbekende* kan eveneens deel uitmaken van het *zelfstigma* van de patiënt. In de volgende toevallig geobserveerde interactie tussen een persoon met een psychische kwetsbaarheid en een therapeut spreekt de patiënt over de wantrouwige reacties die hij zal oproepen als hij even buiten de muren van het Initiatief voor Beschut Wonen, ’s ochtends de stad in zou gaan:

“Zou ik de stad in gaan? Beter niet hé, want ze gaan bang zijn, ze gaan me daar bekijken... ze gaan zeggen, wat is dat voor een zot?”

- persoon met psychische kwetsbaarheid, in gesprek met een therapeut

⁶ Een deel van de professionals stonden kritisch tegenover diagnoses omwille van het risico mensen op die manier te etiketteren, en dus te stigmatiseren (o.a. psychologen, residentiële en ambulante zorg, Bruxelles-Est en SaRA Antwerpen).

De therapeut reageerde vervolgens erg mild op die uitspraak, zonder er verder op in te gaan. Vanuit een communicatiewetenschappelijk oogpunt verloor de hulpverlener in die interactie wellicht een kans om een niet-helpend denkkader bij de patiënt in vraag te stellen. Dat denkkader niet ontkennen, kan als een vorm van bevestiging geïnterpreteerd worden. Zeker in situaties waarbij de patiënt een impliciete vraagstelling over stigmatiserende framing lijkt op te werpen, kan het frameperspectief professionals helpen om nog alerter in te spelen op vormen van zelfstigma. In de situatie uit het voorbeeld is het overigens mogelijk dat de hulpverlener op basis van andere factoren (opbouwen van een vertrouwensrelatie...) en inschattingen (terechte vrees om nagewezen te worden bij de patiënt...) besloot om niet te reageren.

Een andere hulpverlener beschouwde het als de taak van de sector om de angst voor psychische aandoeningen in de samenleving te verminderen, om 'gek zijn' opnieuw mogelijk te maken in die samenleving, en niet *erbuiten*, binnen de muren van psychiatrie:

“Les services de santé mentale, leur objectif il est là : c’est de rendre possible la folie dans la cité. C’est vraiment ça, c’est à dire la folie n’est pas quelque chose qui doit être hors monde, qui doit être mis dans endroits enfermés...”

- maatschappelijk werker, partner welzijn, Bruxelles-Est

Het gebruik van de *Angst voor het onbekende* kan er zowel in de samenleving als in de geestelijke gezondheidszorg toe leiden dat mensen met een al dan niet zware psychische aandoening gewantrouwd worden. Tegelijkertijd biedt het frame, zoals toegelicht, ook aangrijpingspunten om de veronderstelde gevaarlijkheid van die mensen te nuanceren.

Zelfcontrole: wilskracht als een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde

Stelling: Een psychische aandoening is een probleem dat mensen zichzelf aandoen door een gebrek aan (voldoende) zelfcontrole.

De gedachte dat wilskracht volstaat om van een psychische aandoening af te raken, het frame *Zelfcontrole*, kwam eerder beperkt in de gedachtegang van de hulpverleners voor, in het bijzonder via deframing. Aangezien ze in hoofdte van hun beroep de functie hebben om mensen te helpen, is het niet verwonderlijk dat een meerderheid van hen de stelling bij het frame in eerste instantie verwierp.

“Un trouble psychique (...), ce n’est pas choisi. Les gens ne choisissent pas de subir une dépression qu’elle soit endogène ou exogène, de subir des troubles psychiques comme névrotique ou avoir un trouble de personnalité.”

- psychiater, Liège Fusion

Verschillende geïnterviewden (o.a een partner wonen en een psychiater, Leuven-Tervuren) draaiden de achterliggende redenering van het frame om: mensen met een psychische aandoening doen het zichzelf in zekere zin aan, niet door een gebrek aan wilskracht of zelfcontrole, maar juist door een te sterke focus op die zelfcontrole:

“Ik zeg heel dikwijls net het omgekeerde tegen de mensen. Ik zeg het niet zo ongenueanceerd, maar het komt hierop neer: ‘misschien zou het voor jou gemakkelijker zijn moest je op een punt komen dat je de controle kan loslaten’. Ik denk dat heel veel psychopathologie, om het dan maar zo te noemen, net uit een ongelooflijke hang naar controle komt. Dus de mensen met een psychiatrische aandoening een gebrek aan zelfcontrole verwijten, dan gaan we volledig het verkeerde doel op.”

- psychiater, Leuven-Tervuren

Waarschijnlijk zijn niet alle professionals op de hoogte van die nuance voor het frame *Zelfcontrole*, of zijn ze het er niet mee eens. Het leek namelijk alsof een aantal professionals het frame in de eigen redeneringen angstvallig ontweken, waarschijnlijk in een poging om niet in stigmatisering te vervallen. Of dat een gevolg was van terughoudendheid in de context van het interview, of eerder een vorm van ‘koudwater-vrees’ om het debat erover aan te gaan (ook met de patiënt of cliënt), was niet geheel duidelijk. Veel hulpverleners delen, zeker wat betreft het frame *Zelfcontrole*, het perspectief van de hulpbehoevenden die in het defensief staan, zoals een therapeut stelde (*Liège Fusion*): “Nous aussi, on voudrait bien que ça passe, non”. Doordat sommige hulpverleners de vooroordelen die uit het frame kunnen voortvloeien, lijken mee te ondergaan, wordt het voor hen dus mogelijk moeilijker om het frame te nuanceren.

Een aantal professionals (o.a. een maatschappelijk werker en een partner socioprofessionele rehabilitatie) stelde dat “er is een verschil [is] tussen willen en kunnen” (een therapeut, ambulante zorg, SaRA Antwerpen). Iemand met een al dan niet gedetecteerde psychische aandoening kan helemaal niet zomaar zelf een oplossing vinden, in weerwil van wat sommige onwetende anderen (familieleden, collega’s enz.) soms vragen. De omgeving speelt dan een nefaste rol in het zelfstigma dat patiënten door het *Zelfcontrole*-frame kunnen ervaren:

“Bij mensen met depressies hoor je wel vaak dat de omgeving zegt: ‘Je hebt toch alles, alles lukt, waarom voel je je nu niet goed?’. Maar dat is het juist; als je dat meemaakt, dan heb je dat niet gezocht, dan is dat niet je schuld, het is ook niet zo dat je er onvoldoende aan doet. Je hebt natuurlijk gevallen van mensen die een secundaire winst trekken uit het feit dat ze een of andere aandoening hebben, maar dat blijft toch in mijn ervaring een beperkt percentage. Dat is een beetje ‘Het is uw schuld!’”

- psychiater, residentiële zorg, Bruxelles-Est

Een professional actief bij een partner in de socioprofessionele rehabilitatie kon weinig begrip opbrengen voor mensen die vanuit het frame oordelen over iemand met een psychische aandoening: “En dat ze [personen die vanuit het frame redeneren] maar eens een week lang met een psychosebril laten rondlopen om te laten zien hoeveel zelfcontrole [iemand met een psychose] werkelijk heeft” (partner socio-professionele rehabilitatie, Leuven-Tervuren).

Een professional actief als welzijnswerker beschouwde het frame dan weer als een eerste fase in het aanvaardingsproces, de fase van de ontkenning, waarin de patiënten en de omgeving niet accepteren dat er een probleem is dat verder dat gaat dan wat ze gewoon zijn:

“C’est plus rassurant de dire : ‘allez, ce n’est qu’une question d’effort’. C’est plus rassurant de se dire ça. Si ce n’est qu’une question d’effort ça peut s’arranger. Si c’est une question de maladie ça s’arrange moins.”

- partner welzijn, Liège Fusion

Tegelijkertijd gebruiken hulpverleners elementen uit het frame in contexten waar dat volgens hen de realiteit weerspiegelt. Een professional werkzaam bij de partner wonen drukte op dat vlak een soort teleurstelling uit:

“Ik kan niet alles in hun plaats doen, maar als ik hun dan iets laat doen, dan doen ze niet dat kleine symbolische deeltje dat ze voor mij moeten doen. Soms is dat wel moeilijk (...) Ik denk dat het een psychiater was die tegen me zei dat die mensen alleen maar willen bestaan.”

- partner wonen, Bruxelles-Est

Zelfs al is een gebrek aan zelfcontrole volgens de professional wel een *gevolg* van de aandoening en niet de *oorzaak* ervan, toch markeert dat gebrek de interpersoonlijke relaties van de cliënt sterk. In de context van verslavingszorg vond een therapeut (residentiële zorg, SaRA Antwerpen) dat inzoomen op de momenten waarop de patiënt wél controle heeft over zijn aandoening, helend kan werken: de patiënt heeft geen gebrekkige ‘wil’, maar eerder een gebrek aan inzicht in zijn eigen ‘wilskracht’ (cf. *De tocht*). Wilskracht is op die manier een noodzakelijke, maar onvoldoende voorwaarde om te herstellen van een psychische aandoening.

Enkele professionals uit de netwerken SaRA Antwerpen waren van mening dat de samenleving in het algemeen, en politici in het bijzonder, mee aan de basis liggen van de idee dat wilskracht zou volstaan in geval van psychische problemen. De “meritocratische grondstroom” die zij in de samenleving ontwaren, leidt ertoe dat mensen die falen, daar zelf verantwoordelijk voor zijn:

“Nu had ik altijd gedacht dat het aan de wereld lag’, [hoorde ik van een patiënt], ‘maar tegenwoordig krijg ik toch het gevoel dat de wereld vindt dat het aan mij ligt.’ Ik vond dat wel mooi gezegd. Die voelt aan dat er politiek-maatschappelijk iets veranderd is. Ik vind, als je in de psychiatrie werkt, dat je dat heel goed voelt. Dat dat meritocratische denken (...) aan invloed wint. En dat mensen daar enorm veel last van hebben.”

- psycholoog, SaRA Antwerpen

Terwijl sommige professionals met het frame *Zelfcontrole* leken te worstelen omwille van zijn mogelijk stigmatiserende effect, bevatte het frame tegelijkertijd een kern van waarheid, een maatschappelijke component, en ook een insteek om het thema van de ‘wil’ op een minder problematische manier met psychische aandoeningen in verband te brengen.

Het monster: een uiting van onmacht en lijdensdruk

Stelling: Een psychische aandoening is de schaduwzijde van de persoon in kwestie, die zijn of haar leven overneemt, voortdurend op de loer ligt en bekampt moet worden.

Voor het gebruik van het problematiserende frame *Het monster* leek er een gradatie in de geestelijke gezondheidszorg te bestaan. Hoe ‘dichter’ de hulpverlener zich in de zorgrelatie bij de hulpbehoevende bevond⁷, zoals de eerstelijnszorgers, hoe meer *Het monster* in het algemeen als redeneerwijze gebruikt werd. Meer gespecialiseerde hulpverleners (psychologen en psychiaters) maakten er eerder weinig gebruik van. Eerstelijnszorgers waren het verhoudingsgewijs meer eens met de stelling over het frame dan de specialisten. De huisartsen situeerden zich qua framegebruik en -acceptatie tussen de eerstelijnszorg en de specialisten: “C’est simplement une souffrance qu’il faut combattre, [pas un monstre]” (huisarts, Liège Fusion). Mogelijk nemen eerstelijnszorgers beelden van hun cliënten sneller over.

Een professional werkzaam bij de partner welzijn beschrijft zo in het volgende citaat waarom de beeldvorming van patiënten vaak door *Het monster* beïnvloed is:

“(…) Iets waar ze heel fel van willen weglopen, iets heel groots, iets heel zwart. Dat is ook die angst. Dat is heel beangstigend als u dat de eerste keer overkomt. Als ik zie wat het doet met mensen. Mensen die gewoon functioneren en werken en een gezin hebben en plots krijgen ze een slag van de molen. Die zien het als een monster in eerste instantie en hebben zoiets van, ja bijna zoals een kanker die woekert en dan chemo erop en dat het weg is. Zo hé! Ja... Ja dat is echt niet niets. Ik denk dat wij dat zwaar onderschatten.”

- maatschappelijk werker, partner welzijn, Leuven-Tervuren

Hulpverleners gaan in min- of meerdere mate uit van de ervaring van de patiënt, om hun eigen beeld van psychische aandoeningen vorm te geven. De “lijdensdruk” van mensen met een psychische aandoening erkennen (al dan niet via het gebruik van *Het monster*), vinden ze erg belangrijk (maatschappelijk werker, therapeut en partner wonen, SaRA Antwerpen; huisarts, Leuven-Tervuren). Gespecialiseerde hulpverleners lijken in hun spreken over psychisch lijden (althans tijdens de interviews) echter een grotere ‘therapeutische distantie’ in te bouwen. Als ze *Het monster* als een aspect van psychische aandoeningen noemen, drukken ze in een adem een zekere scepsis uit. Ze lijken *Het monster* enigszins meer te beschouwen als een *probleem in het denken van de persoon*.

“Si on va tuer un monstre, on ne tue rien parce que le problème si quelqu’un exprime une dépression un jour, c’est que c’est sa façon à lui de s’exprimer quand ça ne va pas donc... ça peut revenir.”

- therapeut, Liège Fusion

⁷ ‘Dicht bij de patiënt’ verwijst in dat verband naar eerstelijnszorg, aangezien de patiënt een grotere (symbolische, praktische) afstand bij gespecialiseerde hulpverleningsvormen kan ervaren.

Het monster bevat met andere woorden een paradox: een psychische aandoening is niet afgescheiden van de persoon zelf en kan niet als zodanig bekampt worden, omdat die aandoening in feite een gevolg is van verkeerde copingstrategieën van de persoon zelf.

Waar het erkennen van de lijdensdruk als psychologische realiteit mensen volgens sommige geïnterviewden een soort houvast biedt, is een meer afstandelijke blik op *Het monster* nuttig om andere perspectieven te openen. Dat de balans tussen erkenning en distantie naargelang de zorgpartner verschilt, kan mogelijk gekoppeld zijn aan de specifieke positie van die zorgpartner in het ‘zorgnet’ rond de patiënt en in het netwerk. Het is echter ook mogelijk om zich in te leven in de denkwereld van de patiënt en tegelijkertijd afstand te nemen. In die combinatie van de twee soorten reacties op *Het monster* kan de kracht van het frame in een therapeutische en -zorgcontext liggen. Volgend citaat van een thuisverpleegkundige illustreert dat bijvoorbeeld treffend:

“Je ziet een vallei waar dat je aan de andere kant een monster hebt met wie je aan het touwtrekken bent, en je dreigt door dat monster in dat ravijn getrokken te worden. Het komt erop aan om er even bij stil te staan dat je dat touw los kan laten. Dat zijn zo van die metaforen over controle proberen te krijgen, over het gevecht aangaan met negatieve gedachten en emoties, terwijl het er misschien net op aankomt om te stoppen met je daartegen te verzetten.”
- thuisverpleegkundige, Leuven-Tervuren

Uit de nuances in het framegebruik door de professionals, en uit hun beoordeling van het frame, bleek dat *Het monster* niet zonder meer geschikt is als duiding van psychische aandoeningen, gezien het onterechte fatalisme dat het frame lijkt uit te drukken. Het verhoogt wel de herkenbaarheid, en daardoor indirect mogelijk de bereidheid om andere denkbeelden in overweging te nemen.

De zwakste schakel: de sector als potentieel verzwakkende factor

Stelling: Een psychische aandoening is een uiting van zwakte van iemand die niet mee kan, die niet aan de verwachtingen in de moderne maatschappij voldoet.

Dat het frame *De zwakste schakel* in de sector gevoelig ligt, bleek op verschillende manieren uit de interviewstudie. Net zoals bij *Het monster* geobserveerd kon worden, waren eerstelijnszorgers het meer eens met de redenering die bij het frame hoort dan specialisten die bij de residentiële en ambulante zorg betrokken waren. In het framegebruik door de hulpverlener zelf, was die tendens voor *De zwakste schakel* minder eenduidig.

Dat eerstelijnszorgers het meer eens zijn met de redenering die de *De zwakste schakel* vertegenwoordigt, leek een logisch gevolg van de manier waarop zij professioneel met psychische aandoeningen te maken krijgen. Door hun rechtstreeks contact met de leefwereld van de patiënt zijn ze zich bewust van de deplorabele levensomstandigheden en de daaraan gekoppelde uitzichtloosheid waar mensen met een psychiatrische problematiek in verzeilen. Professionals van de partner wonen gaven bijvoorbeeld aan

dat psychische problemen en algemeen onvermogen om tot een nette, normale leefsituatie te komen, vaak gekoppeld zijn. ‘Verzamelwoede’ (partner wonen, Leuven-Tervuren), op straat slapen, in een vuil, vochtig huis leven, of zichzelf isoleren (partner wonen, Liège Fusion) zijn allemaal uitdrukkingsvormen van dezelfde onmacht die veel van hun cliënten kenmerken; het is bijna onvermijdelijk dat anderen hen daardoor als een “probleemgeval” zien (partner wonen, SaRA Antwerpen).

“Voilà, alors ce monsieur là on ne va pas savoir faire une recherche de logement, le mettre dans un groupe avec les autres, ça ne va pas être possible. Il est suivi par un psychiatre, (...) mais il est certainement en déni par rapport à ce qu’il a. Puisqu’il a parlé de son psychiatre en disant qu’il avait des médicaments mais qu’il ne prenait pas.”

- partner wonen, Liège Fusion

Het gebruik van *De zwakste schakel* door de eerstelijnszorg is met andere woorden gekoppeld aan de concrete realiteit, en daardoor niet echt stigmatiserend. In de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg gaven enkele professionals (o.a. psycholoog, SaRA Antwerpen) echter aan dat *De zwakste schakel* soms nog teveel het uitgangspunt vormt in het denken over psychische aandoeningen. De ‘klassieke’ opvattingen geestelijke gezondheidszorg werken door in de hedendaagse praktijk. Een maatschappelijk werker vatte de als storend ervaren denkwijze van sommige collega’s als volgt samen:

“Deuren [worden] gesloten voor heel veel jonge mensen. Werk? Zou je dat wel doen? Pak een uitkering vanuit Brussel (...) dat werken, oei, met uw fragiliteit, met uw psychosegevoeligheid, oei, we gaan niet werken. Blijf maar thuis.”

- maatschappelijk werker, Leuven-Tervuren

Patiënten of cliënten behoeden voor nieuwe faalervaringen door hen zoveel mogelijk buiten de samenleving op te vangen, is op de lange termijn niet erg realistisch. Een therapeut (SaRA Antwerpen) kloeg bijvoorbeeld aan hoe jongeren met een verslavingsproblematiek in de zorgsector vaak de boodschap krijgen dat ze, ten gevolge van hun aandoening of ‘kwetsbaarheid’, alles moeten afzweren wat normaal is voor hun leeftijd:

“‘Je mag niet meer uitgaan, niet drinken, niet roken...’, krijgen ze dan te horen van hulpverleners, maar dat is voor een jongere eigenlijk hetzelfde als zeggen dat je niet meer mag leven hé?”

- therapeut, SaRA Antwerpen

Doordat collega-hulpverleners soms nog te veel vanuit *De zwakste schakel* redeneren, onderschatten ze nog te vaak, soms onnodig, de capaciteiten van mensen met een psychische aandoening, bijvoorbeeld wanneer “een patiënt erin slaagt alleen te gaan wonen, tegen het advies van het team in, [omdat] het team dat niet voor mogelijk had gehouden,” stelde een therapeut (SaRA Antwerpen).

Uit het framegebruik van de geïnterviewden bleek soms een milde vorm van de tendensen die de professionals ontwaren, maar geen uitgesproken problematisch framegebruik. De geïnterviewden die kritiek hadden op de beeldvorming van

sectorgenoten wilden die kritiek niet veralgemenen. Uitspraken van andere hulpverleners konden bovendien uit tweede hand (van de patiënten) vernomen zijn, wat om bijkomende nuance vraagt.

Als mensen met psychische of andere problemen direct als een zwakke schakel in de samenleving gepercipieerd werden, “zouden er immers weinig mensen meetellen” (een psycholoog, SaRA Antwerpen). Bovendien maakt psychisch lijden mensen niet louter zwak, maar kan het integendeel een belangrijke functie vervullen:

“Soms is een depressie ook nuttig. Als jij een aantal geliefden kwijtgespeeld bent, is het toch beter een depressie te hebben, zodat je de pijn niet zo voelt. Wie zijn wij om dat te veroordelen als maatschappij: ‘Jij functioneert niet meer?’”

- huisarts, SaRA Antwerpen

Een impliciete uitdrukking van het frame zou kunnen liggen in de focus op *problemen*, op wat er mis loopt in het leven van iemand. Daartegenover kan de sector nog meer helpen te analyseren wat wel goed loopt:

“Als ik vraag: ‘Hoe komt het dat het je nu gelukt is om (...), dat is wel knap?’, weten [de mensen die ik begeleid] niet goed wat te antwoorden, omdat ze die vraag niet gewoon zijn.”

- therapeut, SaRA Antwerpen

Het frame *De zwakste schakel* kan op die manier, door zijn impliciete en expliciete aanwezigheid in de geestelijke gezondheidszorg, mensen met een psychische aandoening onnodig doen geringschatten en dus stigmatiseren. Aangezien de professionals het frame in eigen argumentaties doorgaans in combinatie met counterframes zoals *De tocht* gebruiken, lijkt de impact van het frame minder groot te zijn dan de visie op andere hulpverleners lijkt te suggereren. Of het frame in de interactie met de hulpbehoevende effectief gecombineerd wordt met destigmatiserend framegebruik, kon niet nagegaan worden.

Een gemakkelijke prooi: de cliënt in het web

Stelling: Een psychische aandoening is zodanig vaag dat er een industrie is rond ontstaan, van middeltjes, therapeuten en wetenschappelijk onderzoek, die allen een graantje willen meepikken van het lijden van anderen.

Het frame *Een gemakkelijke prooi* werd door de hulpverleners niet spontaan ter sprake gebracht, al bleek de stelling bij het frame wel reactie uit te lokken. Dat een deel van de hulpverleners het frame ietwat verontwaardigd wegwuifden, is begrijpelijk, aangezien zichzelf en de geestelijke gezondheidszorg volgens het frame *Een gemakkelijke prooi* een weinig fraaie ‘rol’ krijgen toegedicht. Een psychiater stoorde zich op dat vlak aan *coaches*, die suggereren een oplossing voor psychische problemen te bieden en zo het vertrouwen van de geestelijke gezondheidszorg beschadigen:

“Er is ook een horde coaches op de markt die je in van alles coachen. Je kan bijvoorbeeld een coach hebben om uw kleerkast te vernieuwen, om uw leven of carrière te coachen... Ik denk dat het goed is dat sommige mensen met iemand gaan spreken, maar ik stel mij daar toch vragen bij. Tegenover wie zitten ze dan en wat is de reële bekwaamheid? Ik heb op privéconsultatie ook een aantal geërfd die jaren door kwakzalvers behandeld zijn geweest (of niet behandeld zijn geweest) en die dan eigenlijk toch wel misbruikt zijn geweest in hun vertrouwen.”

- psychiater residentiële en ambulante zorg, Brussel

In de lijn daarmee, vonden sommige geïnterviewden de maatschappelijke tendens om te *psychopathologiseren* schadelijk. Een aantal van de geïnterviewden gaf aan dat er niettemin een kern van waarheid in het frame te vinden is. Daarvoor gaven ze verschillende redenen. Een controversieel element is ten eerste de diagnostisering. De toename aan diagnoses kadert in een bredere maatschappelijke tendens om te *psychopathologiseren*. De kritiek in de media dat farmaceutische concerns de hand hebben in die tendens, nuanceren ze wel.

Het diagnostische handboek *DSM-V* (Hengeveld & American Psychiatric Association, 2014) werd door een aantal geïnterviewden kritisch tegen het licht gehouden (o.a. een psychiatrisch verpleegkundige, ambulante zorg, een maatschappelijk werker, een partner welzijn, Bruxelles-Est; een therapeut, Liège-Fusion). Het onderscheiden van symptomen helpt om therapeutische hulpvormen te kiezen. Als communicatiemiddel tussen professionals zijn de diagnoses uit de *DSM* al iets minder evident, aangezien die termen in de sector vooroordelen kunnen opwekken, zoals bij de bespreking van het frame *Angst voor het onbekende* reeds aan bod kwam. Verschillende hulpverleners vonden een diagnose als zodanig echter helemaal niet geschikt als communicatiemiddel met de patiënt.

“Met diagnostiek moet heel voorzichtig omgegaan worden, omdat er heel vaak het risico bestaat dat iemand zich gaat gedragen naar en gaat samenvallen met de diagnose die gegeven is. (...) Je gaat nooit met een diagnose, met een bepaald beeld, een volledig holistisch beeld kunnen omvatten.”

- huisarts, SaRA Antwerpen

Labelling is de snelste weg naar zelfstigma, vonden sommigen. Het etiketteren van individuen kadert eerder in een klassieke geestelijke gezondheidszorg: het individu wordt opgesloten in een categorie. “U hebt een autismespectrumstoornis” vertalen patiënten als “Ik heb autisme, ik ben autisme”, stelde iemand (een psychiater, residentiële zorg, Bruxelles-Est).

Hoewel diagnoses volgens sommigen opluchten (“Er is iets met mij, mijn lijden is niet onzichtbaar of onbehandelbaar”), is dat een tweesnijdend zwaard. Eens je een aandoening hebt, dien je die te behandelen, via onbekende wegen (homeopathie, alternatieve therapieën...), of anders via de ‘echte’ geestelijke gezondheidszorg. Over alternatieve therapieën waren de meningen verdeeld, omdat ze patiënten zowel kunnen helpen als hun vertrouwen in de sector aantasten.

Hoewel er naast een toenemende *therapeutisering* volgens sommige geïnterviewden eveneens sprake is van een toenemende medicalisering, plaatsen de professionals die tendens tegelijkertijd in perspectief. Enerzijds is het waar dat psychofarmaca voor kleine kwaaltjes lichtzinnig en zonder begeleiding toedienen een groot risico inhoudt, “aangezien medicamenten een belangrijke doodsoorzaak vormen” (een maatschappelijk werker, partner welzijn, Leuven-Tervuren). Anderzijds zou niemand van de geïnterviewden terug willen naar de psychiatrie uit het verleden (o.a. een psychiatrisch verpleegkundige, Leuven-Tervuren). Geneesmiddelen hebben de situatie in het algemeen sterk verbeterd. De professionals vinden het in dat verband spijtig dat in films doorgaans een negatief (horror)beeld van de sector wordt ophangen (o.a. psychiater, residentiële zorg, Bruxelles-Est), dat in niets meer overeenstemt met de hedendaagse praktijk.

Een gemakkelijke prooi drukt eveneens een taboe uit, dat van macht in een therapeutische relatie. De professionals dachten bij dit frame aan schandalen in de sector, als dat van een Leuvense seksuoloog-therapeut die zijn patiënten seksueel misbruikte. Dat de geïnterviewde professionals psychische aandoeningen en de zorg ervoor niet spontaan met *Een gemakkelijke prooi* associëren, neemt niet weg dat het frame in de samenleving de drempel tot de hulpverlening kan verhogen, aangezien de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en hulpbehoevende op die manier onzeker lijkt.

Het bijzondere: creatieve energie

Stelling: Een psychische aandoening is een uiting van een bijzondere karaktertrek of mentale kracht; het is iets dat enkel weggelegd is voor buitengewone mensen of voor mensen die als uniek willen gezien worden.

De counterframes uit het onderzoek kwamen eveneens tot uiting in de gesprekken. Bij het counterframe *Het bijzondere* merkten enkele geïnterviewden op dat de romantische beelden van de door psychische problemen gekwelde en aangevuurde kunstenaar en het onbegrepen genie meestal niet met de realiteit overeenkomen, zo stelden de geïnterviewden uit de sector. Een aanzienlijk deel van de geïnterviewden gebruikte *Het bijzondere* in de eigen argumentaties slechts in stereotiepe uitdrukkingvormen, zoals die in films over genieën als *Rain Man* (thuisverpleegkundige, Leuven), terwijl de stelling bij het counterframe meestal met ‘neutraal’ beantwoord werd. Bij andere geïnterviewden riep de stelling wel herkenning op:

“Vooraf die mensen dan zo dat zich bevinden binnen de artistieke dingen, kunstenaars, eeuwige student, eeuwige filosoof, ... zo heb ik er wel een aantal.”
- maatschappelijk werker, partner welzijn, Leuven-Tervuren

Kunstenaars hebben nog een zekere *modus vivendi* gevonden, ze kunnen zich uitdrukken, terwijl mensen met een psychische aandoening er vaak niet meer toe komen om dat te doen (een therapeut residentiële zorg, SaRA Antwerpen). “Was het maar zo, denk ik dan. Ik denk dat dat soms wel zo is” (een psycholoog ambulante zorg, SaRA Antwerpen), reageerde een psycholoog op de voorgelegde stelling. “Tout le monde ne peut pas être Picasso”, meende een maatschappelijk werker (Bruxelles-Est) ook. Onder het cliënteel van sommige geïnterviewden waren er wel dergelijke genieën, bijvoorbeeld

met een autismespectrumstoornis, maar stellen dat dat genie bestond *dankzij* en niet *ondanks* de psychische aandoening, leek hen onjuist te zijn. Kortom, het counterframe *Het bijzondere* kon, in sterke vorm, op weinig bijval rekenen.

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat er een dunne lijn is tussen creativiteit en psychopathologieën als schizofrenie (Kyaga, Lichtenstein, Boman et al., 2011; Thys & KU Leuven, 2015). Hoewel dit gegeven ook in de sector besproken wordt, zo bleek uit de interviews, staan de hulpverleners sceptisch tegenover het deproblematiserende potentieel van het counterframe:

“Hoe moet een patiënt die niet bijzonder creatief is zich dan voelen, als hij of zij niet aan die verwachting voldoet?”

- psycholoog, SaRA Antwerpen

De idee dat mensen aan bepaalde psychische aandoeningen status zouden willen ontnemen, werd door de geïnterviewden ontkend. Dat aspect van *Het bijzondere* kwam dus via deframing aan bod:

“Mensen die een kindje hebben met autisme staan daar niet om te juichen. Die weten ook wel dat als er in de krant staat dat er tewerkstelling is voor de autisten, dat dat niet voor elke autist geldt.”

- maatschappelijk werker, SaRA Antwerpen

Anderzijds menen een aanzienlijk deel van de geïnterviewden dat mensen met een psychische aandoening vaak effectief een grotere *aanleg* voor creativiteit hebben, een bijzondere sensitiviteit. Die aanleg is een talent waarover gesproken mag worden en waar mensen zich ook aan kunnen herbronnen. Kunst en geestelijke gezondheidszorg gaan moeilijk samen, vond een maatschappelijk werker – kunstenaar die in een ambulante zorgcentrum actief is:

“Les artistes travaillent à l’aveugle. L’art a besoin de liberté. À l’hôpital, ce sont des intervenants de l’ordre de la santé qui ont un rapport aux gens, qui sont des patients; ça inverse tout. Il faut une ouverture. (...) Je dis alors : monsieur, il n’a pas d’admission ici, vous venez quand vous voulez, vous vous assoyez, vous commencez.”

- maatschappelijk werker-kunstenaar, partner welzijn

De oplossing daartoe bestaat er volgens de geïnterviewde in om de muren van de geestelijke gezondheidszorg (verder) te slopen, waarbij er meer ruimte komt voor initiatieven die het midden houden tussen gemeenschapscentrum en zorginstelling, “des lieux d’accueil dans la société”, volgens de omschrijving van een andere professional (een partner welzijn, Liège Fusion).

Volgens een deel van de hulpverleners uit alle zorgvormen biedt *Het bijzondere* als counterframe specifieke mogelijkheden om in de zorg een genuanceerde kijk op psychische aandoeningen mogelijk te maken (een psychiater, residentiële zorg en een therapeut, ambulante zorg, Bruxelles-Est). Ieder heeft in zich “une énergie créatrice formidable” (een maatschappelijk werker, Bruxelles-Est) die mensen met een psychische aandoening de kracht geeft om te groeien.

De genoemde idee dat mensen zich ook beroepen op *Het bijzondere* om zich te onderscheiden van de massa werd door veel interviewees zoveel mogelijk geminimaliseerd. Er werd vaak niet op gereageerd. Mogelijk vonden hulpverleners dit idee stigmatiserend naar hun cliënten toe. Een enkele geïnterviewde gebruikte dat aspect van het counterframe wel in het eigen denken over psychische aandoeningen:

“Ik denk wel dat je soms moet aanvaarden dat je niet bent zoals ‘men’ vindt dat iemand moet zijn. (...) In het beste geval kan je daar een beetje fierheid uit scheppen: “Ik ben niet doorsnee, ik ben niet Jan met de pet.”
- psycholoog, SaRA Antwerpen

Een gebroken been: is een psychische aandoening een ziekte zoals elke andere?

Stelling: Een psychische aandoening is niet ingebeeld, maar een waarneembaar lichamelijk defect dat meetbaar is, of de wens of hoop dat ze dat zou zijn.

Het counterframe *Een gebroken been* was het voorwerp van discussie bij de geïnterviewden. De idee dat de psychische aandoeningen verzorgd of zelfs genezen kunnen worden, geeft mensen enerzijds levensnoodzakelijke hoop (een psychiater, Liège Fusion). Het counterframe kan bijdragen aan het deproblematiseren van het thema. Een huisarts vertelde hoe hij patiënten die (al dan niet via omwegen) hun psychische problemen ter sprake brengen, uitlegt dat ze er zelf op een bepaald moment geen vat op hebben, omdat er onvrijwillige fysiologische processen mee gepaard gaan:

“Bij stress en psychische problemen start er een fysiologische reactie op waarbij het autonoom zenuwstelsel het overneemt, dat onafhankelijk van je wil beslist over je functioneren”.
- huisarts, SaRA Antwerpen

Een dergelijke toelichting neemt schuldgevoelens bij de patiënt weg en maakt op die manier de weg vrij voor het toelaten van hulp, wat het counterframe een destigmatiserend potentieel geeft, als ‘biologisch’ aspect in een genuanceerde, biopsychosociale kijk op psychische aandoeningen.

Een gebroken been impliceert dat er een diepgaande kennis over de fysiologische processen achter mentale aandoeningen bestaat, wat echter nog niet het geval is. Sommige professionals (o.a. een thuisverpleegkundige, Bruxelles-Est) brachten *Een gebroken been* ter sprake als een mogelijk toekomstbeeld waarin er een eenvoudige medische oplossing voor psychische problemen bestaat, die momenteel ontbreekt.

Door de ideeën die de geïnterviewden aanbrachten te combineren, kwamen meer fundamentele problematische aspecten van *Een gebroken been* naar boven, in het bijzonder een dualistische kijk op ziekte en gezondheid, en de verwachtingen die de samenleving op basis daarvan aan de geestelijke gezondheidszorg stelt. Aan deze dualistische visie, waarbij de categorieën ‘ziek’ en ‘gezond’ het denken over psychische aandoeningen gaan domineren, refereerden enkele professionals (bijv. een partner welzijn, Liège Fusion).

Een obstakel waar professionals mee te maken krijgen, is de (soms smalende) vraag wat hun beroep eigenlijk inhoudt. Impliciet wordt de sector vaak niet *au sérieux* genomen en volgens een psychiater bestaat dat probleem specifiek in de medische sector: “Il suffit d’être stagiaire médecin et de dire aux autres médecins qu’on veut faire de la psychiatrie pour être déjà pas mal moqué” (residentiële zorg, Liège Fusion). Kortom, de geestelijke gezondheidssector is dus zelfs binnen de eigen branche de vreemde eend in de bijt.

Van de geneeskunde wordt namelijk verwacht dat ze mensen *geneest*. Iemand die ziek is gaat naar de specialist, die hem met de nodige medicijnen of een behandeling zo snel mogelijk weer gezond maakt. Het gaat over een lineair proces, waarin gezondheid de norm vormt. Voor de somatische zorg gaat die redenering nog enigszins op: een patiënt kan na een kortstondig ingrijpen van de kwaal verlost zijn. “Geef me een *pilleke*, natuurlijk [vragen ze dat]”, vertelde een professional (een maatschappelijk werker, partner welzijn, Leuven-Tervuren). De patiënt verwacht genezen te worden, en wel zo snel mogelijk. Het idee dat professionals de ziekte of het probleem moeten kunnen ‘fixen’, leidt tot miscommunicatie tussen de patiënt en de professional. “On n’a pas de baguette magique, quoi”, merkten enkele geïnterviewden op (o.a. psycholoog-therapeut en psychiatrisch verpleegkundige, Liège Fusion). Aangezien de geneeskunde en het geloof in de wetenschap sinds de Verlichting nauw verweven zijn, verwacht men in zekere mate wel dat zorgprofessionals over een dergelijke toverstaf beschikken om wat ziek is, gezond te maken. De realiteit is echter anders, zo benadrukten de gesprekspartners, aangezien een herstelproces doorgaans meerdere jaren vergt.

Aangezien een psychiater, een psycholoog of een andere professional niet kan pretenderen patiënten te ‘genezen’, is ook het vertrouwen van de samenleving in de geestelijke gezondheidszorg soms onvoldoende. Een van de geïnterviewden koos er daarom voor om in de omgang met leken de eigen professionele bezigheden niet in het kader van (geneeskundige) zorg, maar juist laconiek en ironisch te duiden:

“Si on me demande ce que je fais dans la vie, je réponds invariablement que je suis garagiste. Parce qu’en fait je n’ai pas envie d’essayer d’expliquer ce que c’est mon métier. Parce que je pense que c’est très difficile de rendre compte fidèlement avec toute la finesse qui serait nécessaire de ce que c’est d’essayer d’accompagner la santé mentale des gens et particulièrement la maladie mentale. Voilà, on est très vite dans des poncifs qui fatiguent...et donc ça fait des années que je fais obstacle à la question (...). Si quelqu’un rigole alors que ‘ça tombe bien, parce que j’ai un bruit dans mon moteur’, je [m’en tire] en disant que je fais une autre marque.”

- maatschappelijk werker, partner welzijn, Brussel

Een belangrijke aanname is de idee dat psychische aandoeningen een neurologische oorzaak hebben en dus met psychofarmaca verholpen kunnen worden, of via therapieën die gedrag en cognitie zo conditioneren dat het probleem verdwijnt. De idee dat louter een externe ingreep door de therapeut een psychische aandoening zou kunnen doen verdwijnen, werd expliciet genuanceerd door verschillende hulpverleners. Psychofarmaca, bijvoorbeeld kunnen het herstel zeker ondersteunen, een “steuntje in de rug” bieden, maar “dat is het dan ook” (een therapeut, SaRA Antwerpen).

De culturele dominantie van een klassieke, duale, biomedische visie op ‘gezondheid’, zo kon uit de redenering van een aantal geïnterviewden (o.a. huisarts, SaRA Antwerpen; maatschappelijk werker, Leuven-Tervuren) worden opgemaakt, kan voor mensen die een psychisch lijden ervaren, stigmatiserend werken. De psychische aandoening maakt hen ‘ziek’, terwijl hun ‘ziekte’ mogelijk niet te genezen valt. *Een gebroken been* leidt binnen een dergelijk referentiekader bovendien tot associaties met *Een gemakkelijke prooi* en *De zwakste schakel*, bleek uit sommige redeneringen.

Die klassieke, normatieve visie op gezondheid kan op die manier tot een stigmatiserende combinatie van frames en counterframes leiden, die bestaande *idee-fixen* over geestesziekten en over de geestelijke gezondheidszorg kan versterken. Een alternatieve conceptualisatie van gezondheid, door sommige geïnterviewden aangeduid met het (door hen geprefereerde) *biopsychosociale* gezondheidsmodel, krijgt duiding in de bespreking van het daarbij aansluitende counterframe *De tocht*.

Een geïnterviewde breidde de biologische en wetenschappelijke redenering uit met als doel het counterframe te nuanceren. Vanuit een darwiniaans evolutieperspectief is de hoge prevalentie van mentale problemen alleen verklaarbaar als daar ook een evolutionair voordeel aan gekoppeld is, zo luidde de stelling. Dergelijke individuen vertonen kenmerken die tot de natuurlijke variatie in de populatie behoren, ze zijn helemaal niet ‘ziek’. Professionals in de geestelijke gezondheidszorg beschouwen *Een gebroken been* met andere woorden als een counterframe dat heel ambigu is, maar tegelijk niet te vermijden valt.

De tocht: tochtgenoten en nieuwe wegen

Stelling: *Een psychische aandoening is een ware beproeving, maar ze biedt eveneens kansen om zichzelf te herdefiniëren en te groeien, met inspanning en de hulp van anderen.*

Het counterframe *De tocht* was het counterframe bij uitstek dat de geïnterviewden zelf regelmatig hanteerden. Het counterframe zou volgens hen een positieve, realistische kijk op mentale gezondheid en op de sector mogelijk maken.

Vooreerst heeft dit counterframe een groot metaforisch potentieel, dat volgens enkele geïnterviewden (o.a. een psycholoog, SaRA Antwerpen) deproblematiserend en destigmatiserend aangewend kan worden. In het counterframe *De tocht* is het de patiënt die zelf een traject aflegt. De hulpverlener is een *compagnon de route* of een *begeleider*, die aan activerende zorg doet, met respect voor het tempo van de patiënt. Hulpverleners geven aan dat dat in de praktijk “dansen op het slappe koord is”:

“Ik ga je helpen, ik sta achter je, ik sta naast je, maar jij moet het uiteindelijk doen.”
- maatschappelijk werker, Leuven-Tervuren

Om het vertrouwen van de patiënt te winnen, moet de hulpvraag centraal staan. Verschillende hulpverleners kiezen echter niet voor een *diagnostische* insteek (“Ik weet wat jou mankeert”), aangezien die paternalistisch is en invaliderend werkt (cf. *De*

zwakste schakel). Ze verkiezen in de plaats daarvan een functioneel perspectief.

Sommige metaforen die in het kader van *De tocht* geopperd werden, drukken zowel elementen van de klassieke geestelijke gezondheidssector als van de hedendaagse variant uit. Een geïnterviewde beschouwde de hulpverlener een beetje als een gids, die een kompas kan bieden aan mensen die het moeilijk hebben (een partner welzijn, Leuven-Tervuren). Een andere geïnterviewde uit de residentiële zorg (SaRA Antwerpen) gebruikte het beeld van de “copiloot”, “die kan helpen bij te sturen wanneer het misgaat”.

Als psychische problemen overwinnen in een tocht kadert, wilde een geïnterviewde (een maatschappelijk werker, partner welzijn, Leuven-Tervuren) het geen *beklimming* noemen, omdat dat te negatief zou klinken. Iemand kan dan weer naar beneden vallen, hervallen, terwijl men in feite nooit opnieuw op hetzelfde punt uitkomt. Verder kan een dergelijke interpretatie weliswaar gepast zijn voor mensen die “de top willen bereiken”, maar voor anderen is een dergelijk doel eerder een verbetertraject (een psycholoog, ambulante zorg, SaRA Antwerpen).

Een alternatieve invulling van het counterframe gaat in op de *paden* die samen (her) ontdekt kunnen worden. De platgetreden paden, die de psychische aandoening kenmerken moeten beetje bij beetje verlaten worden, om nieuwe wegen te ontdekken die “op dit moment misschien beter zijn om er te geraken” (een maatschappelijk werker, partner welzijn, Leuven-Tervuren). In de plaats van terug te grijpen naar vertrouwde, niet-helpende denksporen, kunnen sterk begroeide, minder opvallende of evidente paden naar herstel geëxploreerd worden. Na verloop van tijd zullen de niet-helpende copingmechanismen, de platgetreden paden, langzaamaan ‘dichtgroeien’, hoewel ze nooit helemaal zullen verdwijnen. Een dergelijke framing sluit aan bij herstelgericht werken (een maatschappelijk werker, Leuven-Tervuren).

In hoeverre *De tocht* aansluit bij de perceptie van de patiënt zelf, is afhankelijk van waar hij of zij zich op dat moment tot de sector verhoudt⁸. Wie er klaar voor is om zelf de regie in handen te nemen, zal zich gemakkelijker kunnen vinden in een herstelgerichte benadering volgens het counterframe van *De tocht*. De geestelijke gezondheidssector dient nog meer de vorm van een soepele begeleiding aan te nemen, menen een aantal geïnterviewden (o.a. een maatschappelijk werker, Leuven-Tervuren). Mensen kunnen op sommige momenten behoefte hebben aan meer begeleiding, terwijl het op andere momenten beter lukt om zelf een weg te vinden. Vroeger deed men volgens sommige professionals regelmatig aan overbehandeling (een maatschappelijk werker, Leuven-Tervuren; een therapeut, residentiële zorg, SaRA Antwerpen). Door kortstondig de zwaarste zorgvormen (doorgaans een opname) toe te passen, hoopte men de patiënt snel weer op de been te helpen, terwijl een dergelijke lineaire en maximalistische aanpak belangrijke nadelen heeft (d.w.z. de ziekmakende effecten beschreven bij *De zwakste schakel*). Verschillende professionals (o.a. een partner welzijn, Leuven-Tervuren) waren van mening dat de geestelijke gezondheidszorg moet evolueren naar een iteratief proces van begeleiding, waarbij zorgvormen afgewisseld en op- en afgeschaald kunnen worden.

Het counterframe *De tocht* houdt verband met een conceptualisatie van gezondheid die verschillende geïnterviewden hanteren, namelijk het *biopsychosociale model*. Volgens die visie op gezondheid is iemand met een psychische aandoening niet ‘ziek’ in de

8 In het zorgmodel van Brankaer, Hubar, Jaspers en Pieters (2014) worden in dat verband verschillende patiëntenhoudingen beschreven: de zorgmijder, de voorbijganger, de zoeker en de regisseur.

biomedische zin van het woord. Het individu slaagt er niet in “eigen regie” te voeren over zijn leven en om te gaan met de uitdagingen van dat leven (cf. Huber, van Vliet & Boers, 2016). Iemand is gezond als hij of zij ondanks en dankzij die hindernissen kan groeien. Dat is een fundamenteel andere invalshoek dan de klassieke biomedische invalshoek die alles wat niet aan het utopische geluk beantwoordt, problematiseert. Iemand verwoordde dat als volgt:

“Mensen willen niet zozeer gelukkig zijn, ze willen in de eerste plaats een zinvol leven leiden”

- therapeut, SaRA Antwerpen

Door levenservaringen en motiverende begeleiding als onderdeel van een groter geheel te zien (het streven naar een zinvol leven), kunnen mensen zichzelf en hun psychiatrische problematiek als een deel van eigen persoonlijkheid zien. Dat inzicht zou deel kunnen uitmaken van herstel. Een dergelijke invalshoek lijkt ook een antwoord te bieden op denkbeelden die het herstel eerder belemmeren, zoals *Het monster*.

De professionals plaatsen daarbij wel een kanttekening: “Soms moet de hulpverlener het stuur gewoon overnemen, mensen met een ernstige aandoening hebben een acute behoefte aan zorgende hulp”. Dat de weg met andere woorden soms hobbelig is, mag niet uit het oog verloren worden. De (therapeutische) dialoog vormt (idealiter) de basis voor het zorgproces in de nieuwe geestelijke gezondheidssector.

Een mozaïek: normaal, maar niet banaal

Stelling: Een psychische aandoening is de veruitwendiging van een gevoeligheid, kwetsbaarheid of aanleg, die echter slechts één van de vele facetten van een mens uitmaken.

Het volgende counterframe, *Het mozaïek*, kwam in de redeneringen van enkele professionals nadrukkelijk naar voren. Het paste volgens sommige geïnterviewden (net zoals *De tocht trouwens*) binnen een genuanceerde, biopsychosociale kijk op psychische aandoeningen. Dat verband legden ze impliciet, niet expliciet. Psychische aandoeningen worden door verschillende (biologische, psychische en sociale) factoren beïnvloed, meenden zij. Net zozeer mag de sector nooit uit het oog verliezen dat mensen veel meer zijn dan de psychische thematiek waar ze in de zorgcontext soms toe gereduceerd worden. Dat psychische problemen kaderen binnen een persoonlijkheid met zoveel andere aspecten, kwaliteiten en talenten, wordt nog te weinig beklemtoond, werd meermaals aangehaald:

“Iemand kan daarnaast bijvoorbeeld ook prachtige gedichten schrijven, dat verdient toch evenveel aandacht [als de ‘problemen’]?”

- thuisverpleegkundige, SaRA Antwerpen

Dat iedereen in eigen persoon of van nabij, als familielid, vriend of collega, met psychische problemen te maken krijgt, geeft eveneens aanleiding om het anders-zijn van mensen met psychische problemen sterk te relativiseren: “Iedereen heeft immers wel

ergens een hoek af, is op de een of andere manier abnormaal” (een maatschappelijk werker, Leuven-Tervuren). Mensen met een dwangstoornis hebben bijvoorbeeld ook iets komisch, en zonder variatie tussen mensen zouden de medemensen niet zo boeiend zijn, merkte een van de geïnterviewden op. Maatschappelijk worden psychische problemen niet als iets alledaags gezien, terwijl ze dat in de feiten wel zijn, zoals blijkt uit volgend citaat:

“Als ik aan de kassa’s van de supermarkt voorbijloop, dan hoor ik “hallo”, “hallo”, “hallo” en dan knik ik eens naar al de ex-cliënten die ik ken. Daar is niemand die daar in de rij staat zich op dat moment van bewust.”

- partner socioprofessionele rehabilitatie, Leuven

Een ander punt dat enkele geïnterviewden aanhaalden, was dat in de sfeer van de arbeidsmarkt cv’s van mensen met een psychische aandoening een leemte van meerdere jaren vertonen. Diploma’s zijn er soms onvoldoende. De geïnterviewden menen dat “levensverworven” competenties, bijvoorbeeld in het kader van vrijwilligerswerk, evenzeer gevaloriseerd kunnen worden als strikt arbeidsgebonden competenties. Ervaringsdeskundigen, dus ex-patiënten die na opleiding in de GGZ een advies- of begeleidingsfunctie vervullen, zijn daar een goed voorbeeld van.

Vermijden om mensen in categorieën te plaatsen is van groot belang, benadrukte een meerderheid van de professionals. Het etiketteren van mensen door middel van een diagnose leidt volgens een aantal hulpverleners tot *hokjesdenken* in de sector, terwijl juist een heel genuanceerde, individuele aanpak nodig zou zijn. Om psychische problemen bespreekbaar te maken, is het belangrijk om geen tweedeling tussen ‘zieke’ en ‘gezonde’ mensen te maken (een mogelijk gevolg van het biomedische model) in de medische sector. In overeenstemming met het biopsychosociale model lijkt *Een mozaïek* op die manier geschikt om die klassieke tweedeling te nuanceren. De term ‘kwetsbaarheid’ kan in dat verband gezien worden als een term om aan te geven dat mentale problemen, of de aanleg daartoe, het individu niet als persoon definiëren, in tegenstelling tot de ‘harde’ diagnoses die door de professionals in vraag gesteld werden. Volgens sommige geïnterviewden is een psychische aandoening weliswaar slechts een “deel van de persoon” (een psycholoog, SaRA Antwerpen), maar dan wel “een belangrijk deel”. *Het mozaïek* mag daarom geen aanleiding vormen om het psychisch lijden te bagatelliseren, met uitspraken als “iedereen heeft het wel eens lastig”.

Een aardverschuiving: de ‘balk’ als alternatieve metafoor

Stelling: Een psychische aandoening is een begrijpbare reactie op een externe, traumatiserende gebeurtenis in het leven.

Een deel van de geïnterviewden waren het erover eens dat, veel meer nog dan genetische factoren en levensomstandigheden, de kindertijd eveneens een cruciale rol speelt in het ontstaan van een psychische aandoening. Een groot deel van de professionals meende dat psychische aandoeningen niet echt toevallig gebeuren, dat er altijd wel een (kleine of grote) uitlokkende factor mee gepaard gaat. Een traumatische ervaring, zoals geweld binnen het gezin of oorlogsvluchteling zijn, brengt de persoon in

kwestie uit evenwicht (o.a. een psychiater en partner wonen, Liège Fusion). Toch is die relatie tussen oorzaak en gevolg volgens de meeste professionals niet zo rechtlijnig, aangezien *Een aardverschuiving* geen verklaring biedt voor het feit dat sommige mensen in een identieke situatie wel een aandoening ontwikkelen, terwijl anderen veerkrachtiger zijn (o.a. een partner welzijn, Liège Fusion).

Sommige mensen hebben een trauma wel verwerkt, terwijl anderen er zich niet van kunnen losmaken. Als mogelijk verklaringsmodel daarvoor verwezen een aantal geïnterviewden (o.a. een huisarts, Bruxelles-Est; een psychiatrisch verpleegkundige, Leuven-Tervuren) naar het *stress-kwetsbaarheids-copingmodel*. De manier waarop mensen met problemen omgaan, hun aanleg en externe stressoren bepalen samen de uitkomst. Een geïnterviewde gebruikte de metafoor van de (geologische) breuklijnen, die in bepaalde omstandigheden tot een aardbeving kunnen leiden:

“En profondeur, il y a aussi les lignes de fracture invisibles (...) qui, face à un événement de vie traumatisant, peuvent amener la personne à décompenser.”
- psychiater, Liège Fusion

Wanneer de verdedigingsmechanismen van een persoon tekort schieten en de spanning oploopt, leidt dat tot het ontwikkelen van psychische problemen, tot *decompenseren*, legde een huisarts (SaRA Antwerpen) uit. Om dat decompenseren te kunnen vermijden, moet de persoon inzicht krijgen in zijn of haar eigen stress-kwetsbaarheids-copingcomplex. Een metafoor die in sector wordt gebruikt, vertelden enkele geïnterviewden (een partner socioprofessionele rehabilitatie; een psycholoog en een psychiatrisch verpleegkundige, ambulante en residentiële zorg, Leuven-Tervuren), is de metafoor van de balk⁹, die als alternatief voor het counterframe *Een aardverschuiving* dienst kan doen. Iedereen heeft een vorm van kwetsbaarheid, die zijn of haar draagkracht (de balk) bepaalt. Afhankelijk van de stressoren, de zaken die op de balk gaan wegen en de ondersteunende factoren (bijv. familie en vrienden) zal die draagkracht op de proef gesteld worden. De balk kan dan barsten of breken. Door het eigen stress-kwetsbaarheids-copingmodel op die manier te visualiseren, kunnen patiënten hun mentale gezondheid begrijpen en verbeteren.

Enerzijds is het belangrijk om trauma's te (h)erkennen als oorzaak van mentale problemen. Anderzijds is het eveneens belangrijk daar geen fatalistische houding aan te koppelen, vond een aantal geïnterviewden. Het is volgens hen van belang om vat te krijgen op de onderliggende processen die de mentale gezondheid bepalen. Patiënten laten zoeken naar ondersteunende factoren sluit ook aan bij het counterframe *Een mozaïek*. Een persoon wordt zeker niet alleen bepaald door zijn ziekte, trauma's en problemen. Inzicht verwerven in de dragende elementen en in wat goed gaat, is volgens een aantal geïnterviewden minstens even belangrijk.

9 Zie verder <https://www.balkmetafoor.be>.

De ongenode gast: een bruikbaar beeld

Stelling: Een psychische aandoening zorgt voor een niet voorziene wending in het leven, het is een last en wispelturigheid waarmee de persoon moet leren omgaan.

De ongenode gast werd door de professionals relatief veel gebruikt in de eigen redeneringen over psychisch lijden. Een vaak voorkomende combinatie was *Het monster* gevolgd door *De ongenode gast*. Een grote meerderheid van de professionals leek in dat geval bewust gebruik te maken van de combinatie frame-counterframe, om de gelaagdheid van psychische problemen te vatten. *De ongenode gast* mag geen excuus zijn voor berusting (een partner socio-professionele rehabilitatie, Leuven-Tervuren).

Een deel van de professionals (o.a. een psychiatrisch verpleegkundige, Liège Fusion) beschouwde “leren omgaan met” mentale problemen, ze “een plaats geven in je leven”, als een belangrijk element van het streven naar een zinvol leven (een therapeut, residentiële zorg, SaRA Antwerpen). In dat opzicht hanteerden ook zij zelf het counterframe *De ongenode gast*. In een aantal therapievormen¹⁰ neemt aanvaarding een belangrijke plaats in. Een hulpverlener beschouwde psychisch lijden in die context paradoxaal genoeg als een noodzakelijke voorwaarde voor welbevinden. Zonder ongeluk kan iemand geen geluk ervaren, zodat psychische problemen eigenlijk binnen een proces van zingeving gezien moeten worden:

“Stel dat een mens alleen maar geluk ervaart, dan weet die niet wat dat is en ervaart hij het per definitie niet. Dus dat is de onmogelijkheid om geluk te ervaren. En natuurlijk, bij een aantal mensen kan dat zeer fel op de voorgrond treden, en men denkt dan altijd: die ander kan alles en daar loopt alles goed. Terwijl daar eigenlijk dezelfde uitdagingen zijn. Dat kan niet anders. Het is niet alleen onvermijdelijk, maar het is zelfs noodzakelijk. Een wit punt op een witte muur zie je niet. Dus als er geen verschillen zijn, ga je ook nooit het verschil ervaren, nooit de betekenis kennen van wat er op dat moment bij jou is. Je kan niet beseffen wat fitheid, uitgeslapen zijn, betekent, als je niet ervaren hebt wat vermoeidheid en moe zijn is. Je zit altijd met die dualiteit, [zeker ook bij psychische aandoeningen].”

- residentiële zorg, SaRA Antwerpen

Enkele geïnterviewden stelden dat men perfect kan leven met een psychische aandoening, mits men bepaalde zaken in acht neemt. *De ongenode gast* kan echter soms tot onterechte banalisering leiden, aangezien de indruk kan ontstaan dat iemand er nu eenmaal mee verder moet, zonder hulp van buitenaf (“(...) dat is uw karakter, dat is nu eenmaal zo. Terwijl ik dat niet zo bekijk” (een partner wonen, SaRA Antwerpen).

Psychische problemen kunnen niet genegeerd worden, maar ze kunnen mensen uitdagen om zich kwetsbaar op te stellen, bleek uit een interview (een partner socio-professionele rehabilitatie, Leuven-Tervuren). Die kwetsbare houding is essentieel om te kunnen groeien. In combinatie met counterframes als *De tocht* en *Het mozaïek* kan *De ongenode gast* dus een helpende, destigmatiserende framing bieden. Belangrijk daarin is dat de psychische aandoening en het lijden van voorbijgaande aard kunnen zijn. Het is

¹⁰ Bijvoorbeeld de *Acceptance and Commitment Therapy* en mindfulness.

enkel nog de kwetsbaarheid die het individu op de lange termijn vergezelt. Die kwetsbaarheid fluctueert constant en is het meest uitgesproken op scharnierenmomenten in het leven: “(...) les moment charnières de nos vies augmentent la vulnérabilité” (een psychiatrisch verpleegkundige, Liège Fusion).

De kanarie in de mijn: de rol van een ziekmakende samenleving

Stelling: Een psychische aandoening is een symptoom van een samenleving die te veeleisend is geworden en die structureel stresserend en destructief is.

Of psychische aandoeningen hun oorzaak hebben in een veeleisende, ziekmakende samenleving, vonden de geïnterviewden moeilijk te bepalen. Sommige geïnterviewden gebruikten het counterframe in hun redeneringen over psychische aandoeningen (o.a. een psycholoog, residentiële zorg, Antwerpen), maar een meerderheid van de professionals bracht psychische aandoeningen niet spontaan met het counterframe in verband.

Er dient volgens verschillende professionals (o.a. een therapeut, Liège Fusion) gekeken te worden naar de *prevalentie*. Sommige aandoeningen, zoals depressie en burn-out, komen meer voor in de Westerse cultuur, terwijl andere aandoeningen niet cultuurspecifiek zijn. Culturele verschillen spelen een rol (een therapeut, Liège Fusion). De manier waarop de maatschappij georganiseerd is, heeft dus wel degelijk een belangrijke impact op de mentale gezondheid van de bevolking, meenden enkele professionals (o.a. een partner welzijn, Liège Fusion; een maatschappelijk werker, Bruxelles-Est).

In het bijzonder de hoge verwachtingen die mensen ervaren, kunnen een negatieve impact hebben. Voor een professional (een maatschappelijk werker, partner welzijn, Leuven-Tervuren) verbeelde de trampoline hoe een resultaat- en consumptiegedreven samenlevingsvorm de mentale gezondheid niet ten goede komt. Ouders werken zich uit de naad om hun kinderen materieel te verwennen, maar hebben niet de tijd of de energie om er dan ook voor hen te zijn. Dat verwrongen patroon geeft mensen bovendien snel het gevoel mislukt te zijn, terwijl eigenlijk een minderheid van de mensen (volledig) aan het plaatje beantwoordt. Verschillende professionals (o.a. een psychiater, Bruxelles-Est, een psycholoog, SaRA Antwerpen, een partner welzijn, Leuven-Tervuren) drukten in vergelijkbare bewoordingen de link tussen maatschappelijke verwachtingen en psychische aandoeningen expliciet uit:

“Voor de meer gangbare psychische stoornissen, zoals angststoornissen en depressies, zijn er toch nog vaak omgevingsfactoren die een rol spelen, naast het dictaat van de maatschappij: ‘You have to be the best’, ‘Je moet op en top zijn’. Ik denk dat meer en meer mensen het moeilijk hebben of uit de boot gaan vallen, omdat ze dat dictaat niet kunnen meedragen. Je moet jong en intelligent zijn, je moet veel geld hebben, je moet kunnen werken, je moet kinderen hebben, kortom, je moet *hebben*. Onze maatschappij is heel erg gericht op het hebben, eerder dan op het *zijn*.”
- psychiater, residentiële en ambulante zorg, Bruxelles-Est

In de geestelijke gezondheidssector is er duidelijk interesse voor de vraag in welke mate samenleving en ziekteperceptie gekoppeld zijn. Enkele geïnterviewden (o.a. een psycholoog, SaRA Antwerpen) verwezen zo bijvoorbeeld naar het boek *Borderline Times* van Dirk De Wachter: psychische problemen zijn vaak de weerspiegeling van tendensen in de samenleving. In verband daarmee stelde iemand psychische aandoeningen als zodanig in vraag:

“Ik denk dat mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, mensen zijn die er op een of andere manier niet in slagen om hun leven in te richten op zo’n manier dat hun sterktes zichtbaar blijven en hun kwetsbaarheden verborgen blijven. (...) Ik denk dat je bijvoorbeeld erg psychotisch kan zijn en toch geen patiënt, als je bijvoorbeeld Salvador Dali bent. Dat je dermate succesvol of rijk bent dat je de wereld rondom jou kan aanpassen aan hoe je zelf naar de wereld kijkt. En dan valt het niemand op dat die mens psychotisch is.”

- psycholoog, SaRA Antwerpen

De kanarie in de mijn kan zo een aanknopingspunt vormen om psychische problemen meer bespreekbaar te maken, door ze met maatschappijkritische blik te relativiseren.

Besluit

Uit de interviewstudie bleek dat elk van de (counter)frames in de praktijk deel kan uitmaken van een problematische kijk op psychische aandoeningen. Tegelijkertijd is elk denkbeeld essentieel om psychische aandoeningen te begrijpen, en heeft elk (counter) frame in bepaalde mate potentieel om bij te dragen aan het destigmatiseren van die aandoeningen. In communicatie over het thema kan inzetten op specifiek *De tocht* en een gecontextualiseerde, biopsychosociale definitie van gezondheid hanteren, helpen om ‘het mentale’ te normaliseren en bespreekbaar te maken. Een evaluatie van de frames in het licht van de praktijk maakte het mogelijk het functioneren van die frames verder te doorgronden.

Eveneens werd het framegebruik van professionals bestudeerd. De framing van mentale gezondheid door de professionals in de geestelijke gezondheidszorg leek verband te houden met de evolutie in de sector van een eerder ‘invalidierend’ zorgmodel met weinig partners naar een hedendaagse meer emanciperende variant met een uitgebreid netwerk van zorgpartners. Die evolutie is nog onvoltooid, wat zich eveneens in de communicatie van de sector vertaalt. Het frame *Angst voor het onbekende* was impliciet aanwezig in de redenering over een specifieke aandoening, borderline, wat die diagnose in de zorgsector een stigmatiserende lading lijkt te geven. *Zelfcontrole* kwam via deframing eveneens in de antwoorden van de professionals voor: het frame zou vooroordelen van de samenleving weerspiegelen. Professionals gebruikten *Het monster* samen met *De ongenode gast*, om de gelaagdheid van de ervaring bij een psychische aandoening aan te geven. Het counterframe *De tocht* kwam dan weer vaak in de redeneringen over psychische aandoeningen voor, meestal met een deproblematiserend doel. *Een gebroken been* kwam eveneens frequent voor, hoewel het gebruik van dat frame problematisch kon zijn; sommige geïnterviewden nuanceerden het frame via deframing of reframing. Hetzelfde gold voor *De ongenode gast*. Sommige (counter)frames kwamen dan weer minder in de spontane gedachtegang aan bod. Dat gold voor *De kanarie in de*

mijn, Een aardverschuiving, Een gemakkelijke prooi en vooral Het bijzondere. De stellingen over die frames brachten wel de relevantie ervan aan het licht.

Uit de (eerder beperkte) spontane framing van psychische aandoeningen door professionals kon niet afgeleid worden of ze eerder met frames of met counterframes aan de slag gaan. Beide waren in de antwoorden aanwezig. Eerstelijnszorgers hadden echter de neiging meer (problematiserende) frames te gebruiken en ze gingen ook meer akkoord met de stellingen over die frames, terwijl de counterframes in gelijke mate door eerstelijns- en gespecialiseerde hulpverleners gebruikt werden.

Uit de interviewgesprekken kon worden afgeleid dat het gebruik van *De Zwakste schakel* de eerder klassieke visie op geestelijke gezondheidszorg bestendigt, terwijl *De tocht* het centrale counterframe in de hedendaagse variant uitmaakt. *Een gebroken been* blijkt als counterframe een dubbelzinnige positie in te nemen, aangezien met dat frame een klassieke kijk op gezondheid gepaard gaat. Andere frames en counterframes hebben ook een specifieke positie in het debat over psychische aandoeningen, voor de sector zelf en in relatie tot de samenleving. *Zelfcontrole* is bijvoorbeeld vooral een problematisch denkbeeld van de naasten, en van de samenleving in het algemeen.

TIEN VUISTREGELS VOOR EEN GENUANCEERDE COMMUNICATIE OVER MENSEN MET EEN PSYCHISCHE AANDOENING

1. Ieder frame is fout, ieder frame is correct

Ieder frame en ieder counterframe uit de hier gepresenteerde analyse biedt één mogelijk perspectief van waaruit een psychische aandoening belicht kan worden. Geen enkel van deze frames is correct, omdat het nooit het volledig beeld van wat een psychische aandoening is kan vatten. Daarvoor zijn er niet alleen te veel verschillende aandoeningen die onder die noemer vallen, maar ook kan de manier waarop mensen die er onder lijden deze ervaren heel erg verschillen. Dat impliceert echter niet dat deze frames foutief of leugenachtig zouden zijn. Ieder van de twaalf frames en counterframes omvat een kern van waarheid. Dit alles impliceert dat met het oog op een genuanceerde communicatie over personen met een psychische aandoening het belangrijk is om verschillende frames en counterframes te combineren, om zodoende een zo evenwichtig mogelijk beeld te bekomen.

2. De twaalf frames houden een spiegel voor

Het overzicht met de twaalf frames houden een spiegel voor en nodigen iedereen uit die communiceert over personen met psychische aandoeningen stil te staan bij de eigen 'framing'. Communiceren over psychische aandoeningen zonder frames te gebruiken is niet mogelijk. Er zullen, bewust of onbewust, altijd een of meerdere achterliggende beelden, waarden of gevoelens zijn die als sturende principes gelden bij het denken en praten over de thematiek. Eens het duidelijk is waar de eigen communicatie in het overzicht te situeren valt, heeft men daar mogelijk vrede mee. Dat kan. De twaalf frames vellen geen oordeel of zijn niet normatief. Alleen nodigt dit onderzoeksrapport iedereen uit om zich ervan bewust te zijn dat frames in de communicatie over psychische aandoeningen stigmatiserend kunnen zijn voor zij die eraan lijden.

3. Met het oog op destigmatisering hebben counterframes het grootste potentieel

De counterframes *Een aardverschuiving*, *Een mozaïek*, *De ongenode gast* en *De tocht* hebben het meeste potentieel als het doel is om bij te dragen aan de destigmatisering van mensen met een psychische aandoening. Ze komen voor in het publieke discours, maar worden uiteindelijk overschaduwd door problematiserende en tegelijk ook problematische frames. De counterframes beschikken nochtans over een retorisch potentieel. Het is mogelijk om ze expliciet als metafoor te gebruiken om uit te leggen waar een psychische aandoening vandaan komt, hoe die door de directe betrokkene ervaren wordt en hoe deze ervan kan herstellen. Maar een expliciete vermelding van het gebruikte counterframe is niet strikt noodzakelijk om effectief te zijn. Het kan volstaan om beelden, woorden en argumenten zodanig te kiezen en een prominente plaats in een boodschap te geven dat het publiek de hele achterliggende redenering (zie daarvoor de framematrix in bijlage) zelf kan aanvullen. De volgende omschrijving van een depressie bijvoorbeeld is volledig opgebouwd uit counterframes:

Een depressie is een begrijpbare reactie op traumatische gebeurtenissen, zoals de dood van een geliefde (*Een aardverschuiving*), of de hoge druk die de perfectionistische maatschappij de mensen oplegt (*De kanarie in de mijn*). Het kan dus iedereen overkomen (*Een mozaïek*). Gelukkig levert de aandoening een uitgelezen kans voor de patiënt om zichzelf beter te leren kennen en sterker te worden (*De ongenode gast*). Gelukkig staat de persoon in kwestie er niet alleen voor. Zij kunnen zich laten begeleiden door ervaringsdeskundigen en andere professionals (*De tocht*).

4. Nomen est omen

Dat aan framing niet te ontlopen valt, blijkt al zodra de notie ‘psychische aandoening’ valt. Het is een vaag begrip dat pretendeert een heel spectrum aan gradaties te omvatten. Bij een ‘psychiatrische ziekte’, met een ernstig ziektebeeld dat voor lange tijd invaliderend werkt, lijkt het alvast beter om deze als zodanig te benoemen. De term ‘stoornis’ lijkt dan weer negatieve denkbeelden op te roepen (*Angst voor het onbekende*, *De zwakste schakel*). De meer milde aandoeningen, zoals ‘pathologische rouw’, moeten waarschijnlijk al helemaal niet als zodanig omschreven worden. De toevoeging ‘kwetsbaarheid’ zou de dichotome kijk op psychische problemen (‘ziek’ vs. ‘gezond’) kunnen counteren, aangezien de persoon niet met een ziekte, maar met een onderliggend gegeven (*De ongenode gast*) te maken krijgt. In die interpretatie van de term betreft het slechts één aspect van de persoon (*Een mozaïek*) dat niet problematisch hoeft te zijn. Maar kwetsbaarheid verwijst ook naar ‘kwetsuren’ en naar *De zwakste schakel*... Kortom, ook dit rapport ontkomt niet aan zijn eigen uitgangspunt.

5. Verhalen moeten ergens naartoe leiden

Concrete getuigenissen van personen met psychische aandoeningen kunnen zorgen voor meer begrip en inzicht. De verhalen kunnen onder meer verduidelijken hoe de betrokkenen de aandoening zelf ervaren, bijvoorbeeld vanuit *Het monster* of *Een gebroken been*. Maar het is daarbij raadzaam te vermijden dat de toehoorders in hun onvermijdelijke neiging een oordeel te vellen niet verder komen dan *De angst voor het onbekende* of *Zelfcontrole*. Er moet idealiter tenminste een indicatie zijn van hoe het herstelproces verloopt en beleefd wordt, bijvoorbeeld vanuit de counterframes *De ongenode gast* en *De tocht*. Het is daarom ook dat clichématige beelden vermeden moeten worden. In Groot-Brittannië bijvoorbeeld wordt er geijverd om geen ‘head clutchers’¹¹ te gebruiken ter illustratie van mentale problemen (zie figuur 15).

Figuur 15: Tracht clichébeelden te vermijden, zoals de frequent opduikende ‘head clutcher’ (voorbeeld afkomstig van dhnet.be, 21 oktober 2015, “Adolescenten lijden steeds vaker aan depressies”)

11 Voor meer informatie zie <http://www.time-to-change.org.uk/media-centre/media-advisory-service/get-picture-campaign>



6. Kinderen en jongeren met een dubbele kwetsbaarheid

Bewuster communiceren en stilstaan bij de mogelijke consequenties van de gemaakte keuzes in de communicatie is een eerste stap. Zeker als het kinderen of jongeren betreft, is behoedzaamheid geboden. De ontwikkelingen op geestelijk en lichamelijk vlak die ze doormaken maken hen dubbel zo kwetsbaar als ze gepaard gaan met een psychische aandoening. Hoewel de directe betrokkenen altijd in bescherming moeten worden genomen als het bijvoorbeeld gaat over hun privacy kunnen getuigenissen in positieve zin inspirerend werken. Dit kan echter enkel op voorwaarde dat anderen er zich aan kunnen optrekken. De veerkracht, de creativiteit en de humor van kinderen en jongeren kunnen zo ontwapenend zijn dat ze bij uitstek geschikt zijn om de blik die anderen op psychische aandoeningen hebben te verruimen. Bij die ‘anderen’ valt bovendien ook te denken aan leeftijds- en lotgenoten.

7. Over de rol van de geestelijke gezondheidssector

Dat de eigen denkbeelden afdruipen aan de twaalf frames en counterframes uit het onderzoek blikverruimend kan werken, geldt alvast ook voor de professionals die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg. Te denken valt er verder aan het gebruik van het overzicht in de directe communicatie tussen hulpverlener en cliënten. Mogelijk hebben ze enig therapeutisch potentieel. Vanuit welk frame redeneer ik, vanuit welk frame redeneert de andere? Vooral *Het monster* en *Een gebroken been* expliciet benoemen kan helpen om te verduidelijken dat een psychische aandoening in deze frames vatten duidelijk beperkingen heeft. Op het eerste gezicht werken ze louterend (“het ligt niet aan mezelf”, “vooral rust zal me spoedig weer op de been helpen”). Een ander perspectief aannemen, blijkt echter vaak nodig, om te leren om te gaan met *De ongenode gast* en *De tocht* naar herstel aan te vatten. Dit draagt er verder toe bij realistische verwachtingen ten aanzien van de professionals die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidssector te koesteren. Het zijn geen garagisten.

8. Over de rol van de media

Voor mensen die werkzaam zijn in de media vormen personen met psychische aandoeningen een onuitputtelijke bron van verhalen. *De angst voor het onbekende*, en vooral het onvoorspelbare en het onberekenbare karakter dat onlosmakelijk verbonden is met het stereotiepe beeld van een persoon met een psychische aandoening wordt voortdurend benut en uitgebuit. Inzoomen op bizar en schijnbaar onverklaarbaar gedrag intrigeert het publiek, maar vooral om de eigen levenswandel als volstrekt normaal te kunnen ervaren. ‘Wij’ zijn hier en ‘zij’ zitten veilig achter slot en grendel. De vele personen die daadwerkelijk met een psychische aandoening kampen, betalen een zware prijs voor deze eenzijdige beeldvorming. Hoewel vooral in de nieuwsmedia de problematiserende frames en de deproblematiserende counterframes zich schijnbaar in evenwicht houden, is er nog veel winst te boeken. Daarvoor moeten de meer genuanceerde en hoopvolle verhalen over personen met een psychische kwetsbaarheid meer in de krantenkoppen opduiken. De mediarijchlijnen inzake zelfdoding¹² raden eveneens aan om hoop te bieden, door te duiden hoe anderen omgaan met ernstige moeilijkheden. Inzake psychische aandoeningen lijkt een soortgelijk advies evenzeer op zijn plaats. In plaats van patiënten voor te stellen als hulpeloze slachtoffers van een

¹² zie www.zelfmoord1813.be/mediarijchlijnen

verschrikkelijk monster, kan er beter op gewezen worden dat mensen kunnen leven met hun beperking (*Een ongenode gast* of *De tocht*).

9. Over de rol van de samenleving

In de wetenschap dat negen op de tien mensen in de lopen van het leven zelf of via een naaste te maken krijgt met een psychische aandoening, kan worden gesteld dat iedereen ook persoonlijk baat heeft bij een meer genuanceerde en evenwichtige kijk op psychische aandoeningen. De vrees er vroeg of laat mee te maken te krijgen, verklaart waarschijnlijk waarom er zo'n groot taboe rust op de problematiek. De bedoeling van de twaalf frames is de blik te openen, het debat te verbreden en uiteindelijk het taboe te slopen. Eens het praten over een psychische aandoening geen schroom meer opwekt en de stap naar professionele hulp zetten even vanzelfsprekend is als ware ze een gebroken been, dan komt dat de geestelijke gezondheid van de hele samenleving ten goede. Maar daarvoor moet eerst de stigmatiserende beeldvorming een halt worden toegeroepen.

10. Over de rol van de directe betrokkenen

Een genuanceerde kijk op psychische problemen legt de oorzaken ervan niet enkel bij het individu, maar evenzeer bij factoren als het toeval en valoriseert wilskracht in een positief perspectief. Dit is een manier om het stigma rond psychische aandoeningen te verminderen. Daarnaast is er het verwante mechanisme van zelfstigma: personen met psychische aandoeningen praten zichzelf een schuldgevoel aan of gaan (onnodig) anticiperen op mogelijke reacties van anderen. De gebrekkige communicatie en de onwennigheid die voortkomen uit het taboe rond psychische problemen zullen zeker goedbedoelde adviezen van anderen als kwetsend kunnen doen overkomen. Maar uiteindelijk toch de moed kunnen opbrengen om zich open en dus kwetsbaar op te stellen zal op termijn renderen. Hopelijk kunnen de directe betrokkenen daaruit de energie putten (en hun veerkracht niet verliezen) om hun tocht verder te zetten of om deze aan te vatten. Ze staan daar niet alleen voor, te denken valt aan de professionals uit de geestelijke gezondheidszorg, lotgenoten, de media en uiteindelijk de hele samenleving die zich daarbij herstelondersteunend opstellen.

BESLUIT

De eerste vraag die in het onderzoek gesteld werd, was meteen erg ambitieus. De bedoeling was immers om de culturele frames, die in België gangbaar zijn om over psychische aandoeningen te communiceren, in kaart te brengen. Een inductieve frameanalyse leverde uiteindelijk een overzicht op met vijf problematiserende frames (*Angst voor het onbekende*, *Zelfcontrole*, *Het monster*, *De zwakste schakel*, *Een gemakkelijke prooi*) en zeven deproblematiserende counterframes (*Een mozaïek*, *Het bijzondere*, *Een gebroken been*, *De ongenode gast*, *Een aardverschuiving*, *De tocht*, *De kanarie in de mijn*). De omvang van de steekproef, de interviews en de focusgroepen dienden om te kunnen garanderen dat het mogelijk is om alle denkbare uitspraken over personen met psychische aandoeningen ergens in dit overzicht met twaalf denkbeelden onder te brengen. Het antwoord op de tweede onderzoeksvraag, namelijk de verhouding tussen de frames en de counterframes, leerde dat die vijf ten opzichte van zeven is. Dit impliceert niet dat er in de samenleving meer in termen van counterframes over psychische aandoeningen wordt geredeneerd, maar wel dat er meer frames nodig zijn om de complexiteit van het fenomeen in zijn totaliteit te vatten. Psychische aandoeningen problematiseren gebeurt vanuit versimpeling en daarvoor volstaan blijkbaar vijf frames.

In populaire fictie, zoals speelfilms, stripverhalen en romans, wordt er gretig geput uit de mogelijkheden die de problematiserende frames van psychische aandoeningen bieden. Inspelen op de universele angst voor het onbekende in combinatie met de volmaakte onschuld kan het publiek op het verkeerde been zetten, om vervolgens snoeihard toe te slaan met een bijl. In fictie komen ook de genderverschillen het meest prominent tot uiting. Bij mannen heeft een psychische aandoening een impact op de verstandelijke vermogens, bij vrouwen op de emoties. Dit bleek uit het antwoord op de derde onderzoeksvraag.

De vierde onderzoeksvraag was het moeilijkste om te beantwoorden omdat er gebruik is gemaakt van een experimentele setting waarbij er keuzes moesten worden gemaakt en enkel het potentiële effect van *De tocht* en *Zelfcontrole* kon worden onderzocht. In dit concrete geval bleek het *Zelfcontrole*-frame echt wel stigmatiserend te werken, maar *De tocht* kon daar weinig aan verhelpen. Opmerkelijk was dat de combinatie van beide frames het meest stigmatiserende resultaat opleverde. Een psychische aandoening is het gevolg van een gebrek aan zelfcontrole, dus is het niet aan de omgeving of de geestelijke gezondheidszorg om ondersteunend te gaan optreden, zo leek de redenering. De persoon in kwestie staat er alleen voor. Opmerkelijk was dat dit effect zich meer uitgesproken voordeed bij Franstalige Belgen. Ook bij de analyse van een systematische steekproef uit de Belgische pers bleek dat Franstalige media een beperkter aantal frames binnen een artikel toepassen in vergelijking met de Nederlandstalige pers. Een reden zou kunnen zijn dat er in de Vlaamse pers meer getuigenissen van personen met psychische problemen opduiken.

Bij de vijfde onderzoeksvraag ging het over het gebruik van de twaalf frames in de geestelijke gezondheidssector in België. Uit de afgenomen diepte-interviews kwam niet tot uiting dat er in de sector sterk stigmatiserend gedacht wordt over de thematiek. Integendeel, ieder frame en counterframe werd danig gewikt en gewogen om het potentieel ervan zo goed mogelijk in te schatten. Ook uit dit deel van het onderzoek kwam *De tocht* als een bruikbaar beeld naar voor in een herstelgerichte visie op psychische aandoeningen.

Voor het beantwoorden van de zesde onderzoeksvraag, die ging over de manier waarop de frames en counterframes concreet zouden kunnen worden toegepast, werden tien vuistregels op basis van de onderzoeksresultaten geformuleerd. Het toepassen ervan zou uiteindelijk tot een samenleving moeten leiden die geestelijke gezondheid hoog in het vaandel draagt.

Het onderzoek en de bekomen resultaten riepen ook weer nieuwe vragen op die de basis kunnen vormen voor vervolgonderzoek. Een eerste vraag betreft het universele karakter van de gedefinieerde frames. Ze zijn samengesteld in een Belgische context. Om ze verder uit te kunnen dragen, is het nodig om na te gaan hoe generiek ze zijn. Het is goed denkbaar dat er in andere culturen heel andere beelden over psychische problemen bestaan. Dit zou eveneens interessant kunnen zijn voor het Belgische verhaal, omdat ze mogelijk geheel nieuwe perspectieven kunnen bieden. De analyse van het fictiemateriaal was beperkt en zou systematischer kunnen gebeuren. Een dergelijk onderzoek zou iets kunnen vertellen over waar de twaalf frames vandaan komen. Ze hebben ongetwijfeld historische wortels die verder gaan dan het beeld van psychische aandoeningen. Het gehele mensbeeld, het anders zijn en het zich anders voelen, het belang dat gehecht wordt aan de rede spelen hierbij ongetwijfeld een rol van betekenis. Bijkomend experimenteel onderzoek zou het mogelijk moeten maken meer frames en counterframes te testen, om bijvoorbeeld uit te proberen wat het belang is van getuigenissen en het gebruik van fotomateriaal in de beeldvorming over het onderwerp. Wat het onderzoek naar het gebruik van de twaalf denkbeelden in de geestelijke gezondheidszorgsector betreft, is er de vraag welke rol deze spelen in de concrete interactie tussen professionals en hun cliënten en patiënten. De gehanteerde methode in dit rapport, het diepte-interview, betrof de visies van de professionals op personen met een psychische aandoening. Deze visies stemmen echter niet noodzakelijk overeen met wat men in de praktijk concreet zegt en doet. Methodologisch ligt het echter niet voor de hand om over de schouders mee te kunnen kijken in bijvoorbeeld de consultatieruimte van een psychiater. Ten slotte is er de mogelijkheid om na te gaan wat deze frames en counterframes doen met de directe betrokkene zelf. Er is zeker een link met zelfstigma. Dit rapport geeft immers toch vooral de blik van een relatieve buitenstaander op personen met een psychische problematiek weer.

BRONVERWIJZINGEN

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23.
- Baker, A. E. Z., & Procter, N. G. (2013). A qualitative inquiry into consumer beliefs about the causes of mental illness. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(5), 442-447.
- Benford, R. D., & Snow, D. A. (2000). Framing processes and social movements: An overview and assessment. *Annual review of sociology*, 26, 611-639.
- Brankaer S., Hubar S., Jespers L., Pieters G. (2014). Project Patiënt in beeld. Gedeelde zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. *Huisarts Nu*, 43:169-72.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric treatment*, 6(1), 65-72.
- Chambers, D. W. (1983). Stereotypic images of the scientist: The Draw-a-Scientist Test. *Science education*, 67(2), 255-265.
- Coppens, E., Vermeulen, B., Neyens, I., & Van Audenhove, C. (2014). Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen: ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Leuven: LUCAS.
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2013). The effects of news stories on the stigma of mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(3), 179-182.
- De Wachter, D. (2012). *Borderline times: Het einde van de normaliteit*. Leuven: LannooCampus.
- Draaisma, D. (2009). Stereotypes of autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 364(1522), 1475-1480.
- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of communication*, 43(4), 51-58.
- Gamson, W. A., & Modigliani, A. (1989). Media discourse and public opinion on nuclear power: A constructionist approach. *American journal of sociology*, 1-37.
- Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (eds.). (2014). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*. Brussel, WIV-ISP.
- Hayes, A. F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication methods and measures*, 1(1), 77-89.
- Hengeveld, M., & American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie*

van psychische stoornissen: *DSM-5*. Amsterdam: Boom.

Henson, C., Chapman, S., McLeod, L., Johnson, N., McGeechan, K., & Hickie, I. (2009). More us than them: positive depictions of mental illness on Australian television news. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(6), 554-560.

Hilgartner, S., & Bosk, C. L. (1988). The rise and fall of social problems: A public arenas model. *American journal of sociology*, 94(1), 53-78.

Huber, M., Van Vliet, M., & Boers, I. (2016). Herooverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 160(8): A7720. Geraadpleegd via: <http://www.louisbolck.org/downloads/3109.pdf>

Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., ... & Corrigan, P. W. (2013). Belittled, avoided, ignored, denied: Assessing forms and consequences of stigma experiences of people with mental illness. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 31-40.

Johnson, C. V., & Friedman, H. L. (2008). Enlightened or delusional? Differentiating religious, spiritual, and transpersonal experiences from psychopathology. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(4), 505-527.

Khalsa, S. R., McCarthy, K. S., Sharpless, B. A., Barrett, M. S., & Barber, J. P. (2011). Beliefs about the causes of depression and treatment preferences. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 539-549.

Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *Journal of health communication*, 13(5), 434-449.

Kyaga, S., Lichtenstein, P., Boman, M., Hultman, C., Långström, N., & Landén, M. (2011). Creativity and mental disorder: Family study of 300,000 people with severe mental disorder. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 199(5), 373-9.

Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: the role of 'disturbing behavior', labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 208-223.

Nevid, J. S., Rathus, S. A., Greene, B., Hoencamp, E. (Ed.), Haffmans, J. (Ed.), & van Loon, J. (Ed.). (2012). *Psychiatrie, Een Inleiding*. Amsterdam: Pearson Education.

Otieno, C., Spada, H., & Renkl, A. (2013). Effects of News Frames on Perceived Risk, Emotions, and Learning. *PloS one*, 8(11), e79696.

Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2013). Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(10), 1637-1645.

Pescosolido, B. A., Perry, B. L., Martin, J. K., McLeod, J. D., & Jensen, P. S. (2007).

Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services*, 58(5), 613-618.

Price, V., Tewksbury, D., & Powers, E. (1997). Switching trains of thought: The impact of news frames on readers' cognitive responses. *Communication research*, 24(5), 481-506.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.

Special Eurobarometer 345 - Wave 73.2: Mental Health. *TNS Opinion & Social*. Brussels, Belgium

Thys, E., Struyven, C. I., Danckaerts, M., & De Hert, M. (2014). Stigma rond schizofrenie en autisme in de Vlaamse dagbladen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(6), 365-374.

Thys, E., & KU Leuven. Faculty of medicine. Department of neurosciences. (2015). *Fruitful and Fragile Minds: An Historical Overview and a Systematic Review of the Empirical Study of the Link between Creativity and Psychopathology and Its Implication for Stigma*.

Van Gorp, B. (2006). *Framing asiel: Indringers en slachtoffers in de pers*. Leuven: Acco.

Van Gorp, B. (2007). The constructionist approach to framing: Bringing culture back in. *Journal of communication*, 57(1), 60-78.

Van Gorp, B. (2010). Strategies to take subjectivity out of framing analysis. In: P. D'Angelo & J. Kuypers (Eds.), *Doing news framing analysis: Empirical and theoretical perspectives* (pp. 84-109). New York: Routledge.

Van Gorp, B. (2015). Frameanalyse: Een uitweg zoeken uit de financiële crisis met behulp van frames. In: J. Evers (Eds.), *Kwalitatieve analyse: kunst én kunde* (pp. 257-283). Amsterdam: Boom Lemma.

Van Gorp, B., & Rommes, E. (2014). Scientists in Belgian comics: typology, chronology and origins. *Journal of Graphic Novels and Comics*, 5(2), 154-169.

Van Gorp, B. & Van der Goot, M. (2012). Sustainable food and agriculture: Stakeholder's frames. *Communication, Culture & Critique*, 5(2), 127-148.

Von Sydow, K., & Reimer, C. (1998). Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts: A meta-content analysis of 60 studies published between 1948 and 1995. *American journal of psychotherapy*, 52(4), 463-488.

World Health Organization. (2015). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th revision*. Genève, Zwitserland: World Health Organization.

World Health Organization Europe. (n.d.). *Stigma and discrimination*. Geraadpleegd via: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>, op 10/02/2016.

BIJLAGEN

Bijlage 1 - Framematrix

Bijlage 2 - Vragenlijst die werd gebruikt in het experiment

Bijlage 3 - Interviewgide zoals gebruikt in de gesprekken met GGZ-professionals

Bijlage 1 - Framematrix

Kernidee	Een psychische aandoening...	Oorzaak	Gevolg	Oplossing	Emotionaliteit	Beelden, metaforen, woordkeuzes	Quotes
Problematiserende frames							
Angst voor wat men niet kent, voor alles wat vreemd is en afwijkt van de maatschappelijke normen	... is een angst inboezemend en allesbepalend kenmerk van sommige onberekenbare individuen	De oorzaak van de aandoening is doorgaans niet aan te duiden, de persoon in kwestie 'is' zo, valt samen met de aandoening	De persoon in kwestie past niet binnen de samenleving en wordt uitgelachen, gemeden, gevreesd, en uitgesloten	Voor de gevaarlijke types moeten opgespoord en voor altijd weggestopt worden in instellingen, in de hoop dat men er daar blijf mee weet	Onwennigheid, onberekenbaarheid, wantrouwen, bedreiging, angst	Een freak, een gevaarlijke gek, een zot in een dwangbuis, waanzin, een trechter op het hoofd, de stoppen die doorslaan	"Schizofreen onthoofdt moeder met bijl"
De norm om zichzelf altijd en overal onder controle te hebben zodat het openbare leven gereguleerd verloopt	... is een probleem dat mensen zichzelf aandoen door een gebrek aan (voldoende) zelfcontrole	Het gebrek aan wilskracht, zelfbeheersing en discipline van het individu, in welke context dan ook	Gedrag dat ergerlijk is voor de omgeving en destructief voor de persoon in kwestie; het gaat in tegen het instinct tot zelfbehoud	De oplossing is eenvoudig en ligt voor de hand: de persoon moet het gedrag afleren; de buitenstaander zal dit gedrag willen disciplineren	Ergernissen opwekkend, egoïsme, onbegrip en ongeduld; bij de persoon in kwestie: schaamte, gevoel van zwakte, ontkenning	Dwangmatig gedrag, hardleers, een schop onder de kont verdienen; niet aan de verleiding kunnen weerstaan, weer maar eens grijpen naar ...	"De rem is kapot. Ik kon niet na één glas zeggen: Voila, dat is genoeg"
Een verschrikkelijk en overweldigend wezen dat mensen belaaft en dat bestreden moet worden	... is de schaduwzijde van de persoon in kwestie, die zijn of haar leven overneemt, voortdurend op de loer ligt en bekampt moet worden	Eens een psychische aandoening is ontwikkeld, blijft die op de loer liggen om onverwacht toe te slaan, steeds weer opnieuw	Een psychische aandoening is een tergend iets en maakt een speelbal van de mens, die daardoor de neiging heeft andere zaken te verwaarlozen en in een neerwaartse spiraal terecht komt	Een energievretend proces van vechten, de moed verliezen en in het beste geval een kleine overwinning behalen	Angst, onmacht, frustratie	Donkere sluiers, zwarte schimmen, schaduwen, tergende, wispelturige klopgeesten, monsters; oorlogstaal: vechten, zich strijdbaar opstellen, een worsteling met zichzelf, een boksmatch, doorgebrand geraken, de strijd opgeven	"Een dagelijkse strijd, tegen mijn geest en mijn lichaam. Ik kon pas hulp zoeken toen ik besepte dat ik die strijd onmogelijk kon winnen"
Het monster							

Frame	Kernidee	Een psychische aandoening...	Oorzaak	Gevolg	Oplossing	Emotionaliteit	Beelden, metaforen, woordkeuzes	Quotes
Problematiserende frames								
De zwakste schakel	Het geheel is zo sterk als de zwakste schakel, die het eerst knapt onder druk	... is een uiting van zwakte van iemand die niet mee kan, die niet aan de verwachtingen in de moderne maatschappij voldoet	Inherente gebreken van sommige individuen, zoals het niet bestand zijn tegen stress; een mensbeeld dat iedereen hetzelfde is en aan dezelfde normen kan beantwoorden	De zwakke (of luie) individuen kunnen de druk van het leven niet aan, terwijl anderen meer stress ervaren en daar perfect mee kunnen omgaan	De samenleving geeft geen verantwoordelijkheid of belangrijke taken aan de zwakkeren, aangezien zij die toch niet aankunnen; zij moeten ervan tussen	Inherente zwakte, minderwaardigheid, bij de persoon in kwestie ook schaamte	Het kneusje van de groep, het radertje in de machine, slapjanus, aanstelleritis, psychische ziektes veinzen	“Zo iemand is niet meer te genezen en maakt bovendien de hele werkplaats ziek. Een heel zware verliespost dus.”
	Een zwak wezen dat niet in staat is zich te verdedigen tegen zijn belagers en onwillekeurig in hun klauwen belandt	... is zodanig vaag dat er een industrie is rond ontstaan, van middeltjes, therapeuten en wetenschappelijk onderzoek, die allen een graantje willen meepikken van het lijden van anderen	Het grote aantal mensen dat worstelt met psychische problemen, de moeilijke diagnostiek en de vage symptomen; de goedgelovigheid en het gebrek aan kennis van mensen	Pseudo-wetenschap-pers en would-be therapeuten verdienen grof geld; te veel diagnoses en medicijnen voorschrijven, normaal gedrag als pathologisch labelen	Strikte regels voor wie zich psychotherapeut mag noemen, de farmaceutische industrie aan banden leggen, ontmaskeren, striktere definities voor aandoeningen	Misbruik maken van vrouwen, hebzucht, wantrouwen	Op de sofa bij de psychiater die alvast de rekening maakt, pillendraaiers, iedereen aan de Rilatie, iemand een ziekte aanpraten	“We moeten af van huisartsen die medicatie voorschrijven bij de minste winterblues”
Deproblematiserende frames								
Een mozaïek	Een mozaïek bestaat uit vele kleine gekleurde steentjes die samen een afbeelding of patroon vormen	... is de veruitwendiging van een gevoeligheid, kwetsbaarheid of aanleg, die echter slechts één van de vele facetten van een mens uitmaken	Bij iedere persoon is er wel een 'steentje' waar een hoek af is, dat scheef zit, ontbreekt of gebast is; wat telt is de persoon in al zijn of haar facetten	De samenleving aanvaardt kwetsbare personen en beschouwt hen als gelijkwaardig, iedereen herkent (sommige) van hun ervaringen ook bij zichzelf	Nadruk op de hele mens; Indien nodig zorgen voor gepaste hulp en omkadering zodat de capaciteiten van de persoon in kwestie benut kunnen worden	Gelijkwaardigheid, (h) erkenning, tolerantie, begrip	De vele facetten van een mens, de complexiteit van een persoonlijkheid, getuigenissen van bekende mensen die daarnaast ook met een psychische aandoening te maken hebben	“Je moet anderen eraan helpen herinneren dat je niet zo heel anders bent dan zij (...), dat bezoeken aan een psychiater niet betekent dat je hele vroegere persoonlijkheid operatief is verwijderd”

Kernidee	Een psychische aandoening...	Oorzaak	Gevolg	Oplossing	Emotionaliteit	Beelden, metaforen, woordkeuzes	Quotes
Deproblematiserende frames							
Zich onderscheiden van de anderen of zich anders willen voordoen dan de doorsnee mens	... is een uiting van een bijzondere karaktertrek of mentale kracht; het is iets dat enkel weggelegd is voor buitengewone mensen of voor mensen die als uniek willen gezien worden	Een bijzondere, cerebrale aanleg of talent dat in uitzonderlijke gevallen voorkomt en zich uit in bijzondere gaven of intelligentie	Wie over een bijzondere psychische gevoeligheid beschikt, weet zich op een positieve manier te onderscheiden, kan op extra aandacht rekenen, maar voelt zich mogelijk ook miskend	Bijzondere maatschappelijke aandacht voor mensen met unieke psychische eigenschappen	Trots, kracht, talent, verwondering, onterechte miskenning	De creatieve kunstenaar, denken dat men Napoleon is, de gekke maar geniale professor, het miskende genie, het goddelijke kind, aandacht zoeken	"Het klinkt raar, maar er zit ook een kracht in anorexia: jezelf uit hongeren is een manier om te laten zien dat je kwaad bent"
Een gebroken been is een medisch, duidelijk aanwijsbaar en behandelbaar probleem	... is niet ingebeeld, maar een waarneembaar lichamelijk defect dat meetbaar is, of: de wens of hoop dat ze dat zou zijn	Objectief vaststelbare fysieke en fysiologische processen in de hersenen of de rest van het lichaam, maar ook de drang om een psychische aandoening er (onterecht) toe te herleiden	Eens de onderliggende pathologie gevonden is en de diagnose gesteld, kan het genezings-proces starten; de persoon in kwestie begrijpt wat er aan de hand is	Diagnostiek is soms moeilijk, maar psychische problemen zijn behandelbaar; therapie kan het defect omkeren, psychofarmaca kunnen het probleem verhelpen of alleszins de pijn helpen verlichten	Hoop, verlichting, geruststelling, opluchting, duidelijkheid, rationaliteit	Dysfuncties, wijtassen, bedrust, een pillenkuur, medisch onderzoek, hersenscans, medicijnen, gekleurde pillen en tabletten, elektroshocks, de divan	"Bij iemand die verslaafd is aan alcohol worden de bacteriën in de darmen aangetast. Wanneer die toxische stoffen in het bloed terechtkomen, veroorzaken ze een depressie"
Een gast die plots en onaangekondigd voor de deur staat en zijn plaats opeist	... zorgt voor een niet voorziene wending in het leven, een last en wispelturigheid waarmee de persoon moet leren omgaan	Een psychische aandoening is iets dat zomaar iemands leven komt binnengewandeld en de loop van de dingen verstoort	Het gekende leven wordt verstoord, bezinning is nodig om aanpassingen te doen, in de dagindeling, organisatorisch, en voor zover dat mogelijk is	De aanwezigheid van de aandoening aanvaarden, het feestje niet laten vergallen, dus ook op de eigen strepen staan en intussen genieten van de dingen die men 'samen' beleeft	Flexibiliteit, veerkracht, weerbaarheid, planmatigheid, realiteitszin, werken aan het eigen zelfvertrouwen	Tragiek, een vreemde kostganger in het hoofd, geven en nemen, bezinning, aanvaarding, leren leven met, een leven opbouwen ondanks de aandoening, de stoorzender	"Je leert ermee leven. Soms zit je aan het stuur van de bus, soms is dat niet het geval, maar de bus dendert intussen wel verder"

Frame	Kernidee	Een psychische aandoening...	Oorzaak	Gevolg	Oplossing	Emotionaliteit	Beelden, metaforen, woordkeuzes	Quotes
De problematiserende frames								
Een verwoestende gebeurtenis waartegen mensen niet opgewassen zijn, die mensen instinctief op de vlucht doen slaan	... is een begrijpbare reactie op een externe, traumatiserende gebeurtenis in het leven	Een erge gebeurtenis die alles op de grondvesten doet daveren, maar die iedereen zou kunnen overkomen; de oorzaak is verklaarbaar en aanwijsbaar, maar eventueel onverwerkt gebleven en verdrongen	De psychische weerstand van een mens kan de impact van het trauma niet aan, de persoon knakt	Van de aandoening weglomen, van voren af aan moeten beginnen, of niet bij de pakken blijven neerzitten, maar hulp zoeken, het trauma verwerken, de tijd zijn beloop laten gaan	Shock, verdriet, rouw, getekend door het verleden, begrip en medelijden van buitenstaanders	Een schokkende ervaring, het op een lopen zetten, op de divan van de zielenknijper belanden, onverwerkte trauma's uit de kindertijd, droefgeestigheid die insloeg als een bliksem, een donderslag bij heldere hemel, een aardbeving	“Het verdriet om de dood van mijn mama heb ik nooit echt in de ogen gekeken”	
Een aardverschuiving	De kronkelige tocht leidt de reiziger langs gevaren en hindernissen, maar waarbij de mens kan rekenen op gidsen die de weg helpen vinden en de noodzakelijke steun verlenen	... is een ware beproeving, maar ze biedt eveneens kansen om zichzelf te herdefiniëren en te groeien, met inspanning en de hulp van anderen	Het levenspad van de persoon tot hier toe, alles wat opgestapeld zat in zijn figuurlijke rugzak, leidt hem of haar naar een obstakel dat niet te bedwingen lijkt	De persoon in kwestie kan niet meer verder, en wordt plots gedwongen stil te staan bij het eigen functioneren, de noodzaak om zichzelf opnieuw uit te vinden dringt zich op	Focus op herstel eerder dan op genezing, het leven daartoe durven omgooien, inzicht krijgen in de aandoening en dat gebruiken om te volharden en te groeien; hiervoor kan men rekenen op artsen, therapeuten, familieleden enz. die als gids kunnen fungeren	Zelfkritiek, reflectie, openheid, empowerment, vertrouwen, volharding, gelijkwaardigheid, verbondenheid, empathie	Een heel nieuw leven, zich als herboren voelen, what doesn't kill you, makes you stronger, de bladzijde omdraaien, aan zichzelf werken, de feniks die uit zijn as herrijst, samen onderweg, rugzak, last overnemen, een lijdensweg, heroïek, calvarietocht, een steile klim, herstellen doe je zelf maar niet alleen	“Mijn vriend die me zo blijft steunen, mijn psychiater die weet waar hij mee bezig is, de vriendinnen die niet afgehaakt hebben. Dankzij hen blijf ik doorgaan”
De tocht								
Een kanarie in de koolmijn dient als ‘early warning system’: als deze van zijn stekje gaat is er toxisch gas aanwezig en is het hoog tijd om de mijn te verlaten	... is een symptoom van een samenleving die te veeleisend is geworden en die structureel stresserend en destructief is	Het toegenomen individualisme, competitie, eis van perfectie en prestatiedruk	Mensen staan er alleen voor en moeten voortdurend op de toppen van de tenen lopen, de niet aflatende competitie	De structuren in vraag durven stellen, gezondere maatschappij inrichten, slow living, terug naar de waarden die de persoon zelf belangrijk vindt	Bedachtzaamheid, veranderingsgerichtheid, mededogen	Ketel onder druk, KPI's die gehaald moeten worden, een ratrace, opgebrand geraken, sociaal herstel	“Onze maatschappij legt enorm veel druk op ons. Bij een perfect lichaam hoort een perfecte studie, een perfecte job, een perfecte partner. Er is geen plaats meer om af en toe ongelukkig te zijn”	

Bijlage 2 – Vragenlijst die werd gebruikt in het experiment

Intro

Hartelijk dank voor uw deelname aan deze studie!

Het Instituut voor Mediastudies van de KU Leuven doet momenteel onderzoek naar de beeldvorming over een aantal maatschappelijke thema's, met financiële steun van de Koning Boudewijnstichting, het Koningin Fabiolafonds en het Fonds Julie Renson. Het invullen van deze vragenlijst neemt ongeveer 12 minuten van uw tijd in beslag. Het doel is om na te gaan hoe de Belgische bevolking denkt over enkele maatschappelijke thema's. Uw gegevens en antwoorden zullen strikt anoniem verwerkt worden. Een rapport met de resultaten van het onderzoek zal in het najaar online beschikbaar zijn voor het brede publiek.

Door de vragenlijst in te vullen, geeft u aan dat u vrijwillig instemt met uw deelname. Als u hierbij vragen hebt, kunt u contact opnemen met de onderzoekers. Meer informatie vindt u hieronder.*

We hopen te kunnen rekenen op uw bereidheid om de vragenlijst in te vullen.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Baldwin Van Gorp, Instituut voor Mediastudies, KU Leuven

tel.: +32 16 32 31 79

e-mail: baldwin.vangorp@soc.kuleuven.be

Drs. Bart Vyncke, Instituut voor Mediastudies, KU Leuven

tel.: +32 16 37 25 84

e-mail: bart.vyncke@soc.kuleuven.be

* Uw deelname aan deze studie is vrijwillig. U hebt het recht vragen niet te beantwoorden of de bevraging op elk moment stop te zetten. Als u wilt stoppen, kunt u het venster gewoon sluiten. De informatie die u verstrekt zal worden bewaard op met wachtwoorden beveiligde computers van de KU Leuven. Er zijn geen risico's verbonden met dit onderzoek. De Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie (SMEC) van de KU Leuven heeft de gevolgde procedures binnen dit onderzoeksvoorstel bekeken en goedgekeurd. Meer informatie is te vinden op deze website.

Funding allocation task

Beeldt u zich in dat u mee aan tafel zit om de begroting vast te leggen. Stelt u zich daarbij voor dat er dit jaar een overschot van 1 miljoen euro is dat nog verdeeld kan worden. Er wordt van u gevraagd om dit budget te verdelen over zes overheidsprogramma's. Doe dit op basis van uw eigen inschatting van hoe belangrijk elk programma is.

Door in de onderstaande grafiek de balkjes te verschuiven, kunt u ieder programma een bedrag toekennen tot maximaal €1.000.000. U kunt er ook voor kiezen om bepaalde programma's geen geld te geven.

De software houdt bij hoeveel u reeds heeft uitgegeven en zal de balkjes blokkeren wanneer er exact 1 miljoen euro verdeeld is. U kunt op elk moment de toegekende bedra-

gen veranderen. Pas wanneer het miljoen euro volledig verdeeld is, kunt u naar de volgende vraag gaan.

Bestrijding van kinderarmoede; geestelijke gezondheidszorg; werkgelegenheid; openbaar vervoer; opvang van vluchtelingen; leefmilieu

Stimulus en beoordeling

U krijgt op het volgende scherm een krantenartikel te zien. Gelieve het artikel aandachtig te lezen en u er een oordeel over te vormen.

Opgelet: Pas na 60 seconden zal de optie verschijnen om naar de volgende vraag te gaan.

1A In welke mate bent u het eens met het krantenartikel? (helemaal eens, eerder oneens, neutraal, eerder eens, helemaal eens)

1B In welke mate vindt u het krantenartikel geloofwaardig? (zeer ongeloofwaardig, eerder ongeloofwaardig, neutraal, eerder geloofwaardig, zeer geloofwaardig)

1C In welke mate vindt u het krantenartikel objectief? (helemaal niet objectief, eerder niet objectief, neutraal, eerder objectief, zeer objectief)

1D In welke mate vindt u dat dit krantenartikel het hebben van een postnatale depressie voorstelt als een probleem? (helemaal niet, eerder niet, neutraal, eerder wel, helemaal wel)

Sociale afstand

Inleiding voor de controlegroep

Recent onderzoek wees uit dat meer dan 10 000 ouders in België lijden aan een postnatale depressie. Elke Janssens (28) en Tim Vanoverbeke (35) behoren tot die groep. Ze hebben elk al meer dan twee jaar last van een depressie.

Inleiding voor de experimentele condities

Elke Janssens (28) en Tim Vanoverbeke (35), de getuigen uit het krantenartikel, hebben elk al meer dan twee jaar last van een depressie.

Gelieve voor elk van volgende denkbeeldige situaties aan te geven in welke mate u het eens of oneens bent met de stellingen. (helemaal oneens, eerder oneens, eerder eens, helemaal eens)

- Ik zou bereid zijn om als collega intens samen te werken met Tim of Elke.
- Ik zou aanvaarden dat Tim of Elke mijn buur is.
- Ik zou bereid zijn om vriend te worden met Tim of Elke.
- Ik zou bereid zijn om een volledige avond te babbelen met Tim of Elke.
- Ik zou aanvaarden dat Tim of Elke de leerkracht van mijn zoon of dochter is.
- Ik zou aanvaarden dat Tim of Elke aangetrouwde familie wordt.
- Ik zou aanvaarden dat Tim of Elke het lief is van mijn zoon of dochter.

Persoonlijke verantwoordelijkheid

In welke mate bent u het eens of oneens met de volgende drie stellingen over Tim Vanoverbeke en Elke Janssens, de personen waarover u net enkele vragen beantwoordde? (9 punten van 'Nee, absoluut niet' tot 'Ja, absoluut')

- Het is hun eigen schuld dat ze zich in deze situatie bevinden.
- Ze hebben zelf controle over de oplossing voor hun toestand.
- Ze zijn zelf verantwoordelijk voor hun huidige toestand.

Barrières tot therapie

Beeldt u zich in dat u zelf in de situatie van Elke of Tim bent. En stelt u zich daarbij voor dat u beslist om geen professionele hulp te zoeken bij een therapeut, psycholoog of psychiater, ook al zou het mogelijk beter zijn om dat toch te doen. Kan u een inschatting maken hoe belangrijk elk van de volgende argumenten zou zijn bij het maken van deze beslissing? (helemaal onbelangrijk, eerder onbelangrijk, eerder belangrijk, heel belangrijk)

- Mijn ziekteverzekering betaalt therapie niet of nauwelijks terug.
- Ik zou weinig vertrouwen hebben in het resultaat van de therapie.
- Ik zou me zorgen maken dat andere mensen het te weten zouden komen.
- Ik heb geen idee hoe ik de juiste deskundige zou vinden voor mijn problemen.
- Ik zou niet zeker weten of het wel gepast is om professionele hulp te zoeken.
- Ik zou me zorgen maken over de duur van de therapie.
- Ik zou me zorgen maken over de kostprijs van de therapie.
- Ik zou me zorgen maken over wat anderen van mij zouden denken.

Percepties en attitudes ten aanzien van geestelijke gezondheid

Nu zouden we uw mening willen weten over geestelijke gezondheid in het algemeen.

In welke mate bent u het eens of oneens met de volgende stellingen?

(helemaal oneens, eerder oneens, neutraal, eerder eens, helemaal eens)

- De discriminatie van mensen met een psychisch probleem is een ernstig probleem.
- De meeste mensen met een psychisch probleem kunnen, mits een behandeling, genezen en weer een actief leven leiden.
- Ik zou de signalen van een psychisch of een emotioneel probleem herkennen wanneer een vriend(in) of een familielid ze vertoont.
- Geestelijke gezondheid speelt een belangrijke rol in het onderhouden van een goede fysieke gezondheid.
- Mensen zouden tijd moeten besteden aan activiteiten om hun emotionele en geestelijke gezondheid te versterken.
- Mensen zouden professionele hulp moeten zoeken wanneer ze met een onoplosbaar probleem zitten.
- Het gebeurt dat mensen enquêtes snel invullen, zonder echt de vragen te lezen. Vandaar: gelieve hier de laatste keuze ('helemaal eens') aan te duiden.
- Ik wou dat ik beter kon inschatten wanneer het gepast is om een beroep te doen op therapeut, psycholoog of psychiater.
- Mijn huisarts komt tegemoet aan mijn emotionele en psychische behoeften.

Contact en ervaring met psychische aandoeningen

Hieronder vindt u een aantal stellingen. Gelieve voor elke stelling aan te duiden of ze al dan niet van toepassing is op uw persoonlijke situatie. (ja, nee)

- Ik ben wel eens iemand tegengekomen waarvan ik dacht dat hij/zij misschien een psychisch probleem zou kunnen hebben.
- Ik zie vaak mensen die een psychisch probleem hebben.
- Mijn job houdt verband met de zorg voor of het leveren van diensten aan mensen met een psychisch probleem.
- Ik doe vrijwilligerswerk waarin ik in aanraking kom met mensen met een psychisch probleem.
- Ik heb op mijn werk samengewerkt met iemand die een psychisch probleem heeft.
- Ik heb een vriend of vriendin die een psychisch probleem heeft of gehad heeft.
- Ik heb een familielid dat een psychisch probleem heeft of gehad heeft.
- Ik woon samen met een persoon die een psychisch probleem heeft.
- Ik heb of had zelf een psychisch probleem.

Steunen van goede doelen

Steunt u goede doelen financieel? (ja, regelmatig ; ja, af en toe ; nee) Werkt u als vrijwilliger bij een goed doel? (ja ; nee)

Kessler Psychological Distress Scale

De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de afgelopen 30 dagen. Duid bij elke vraag het antwoord aan dat het beste omschrijft hoe vaak u dit gevoel hebt.

Ongeveer hoe vaak in de afgelopen 30 dagen voelde u zich ...

(nooit, af en toe, soms, meestal, hele tijd)

- ...zenuwachtig?
- ...hopeloos?
- ...rusteloos of ongedurig?
- ...zo somber dat niets u kon opvrolijken?
- ...dat alles veel moeite kostte?
- ...waardeloos?

Doneergedrag

U maakt kans op een van de 5 waardebonnen van €50 die wij verloten onder de deelnemers aan dit onderzoek, als dank voor het invullen van deze vragenlijst.

U kunt ons echter ook de toestemming geven om, indien u de winnaar bent van een van deze bonnen, het bedrag te schenken aan een goed doel dat zich inzet voor geestelijke gezondheid.

Gelieve hier uw keuze aan te duiden.

We sturen u het gewonnen bedrag op in de vorm van een waardebon van €50
We doneren het geld in uw naam aan een goed doel

Donatie: Gelieve een goed doel te kiezen uit de lijst

- Centrum ter Preventie van Zelfdoding
- Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid
- Similes
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen

Bijlage 3 – Interviewguide zoals gebruikt met GGZ-professionals

Intro:

Het partnerschap van het Fonds Julie Renson, het Koningin Fabiolafonds en de Koning Boudewijnstichting heeft in 2015 een onderzoeksproject gelanceerd naar de maatschappelijke beeldvorming rond geestelijke gezondheid. Het Instituut voor Mediastudies van de KU Leuven voert momenteel het onderzoek uit waarbij een deel van het onderzoek gaat over hoe er in de geestelijke gezondheidszorg in België over psychische aandoeningen gecommuniceerd wordt.

Voor het onderzoek is het belangrijk dat we vertrouwd geraken met de formuleringen die in de praktijk gebruikt worden, daarom dat het gesprek wordt opgenomen. Ook is het mogelijk dat er citaten in het onderzoeksrapport verwerkt werden. Deze verwerking gebeurt echter anoniem zodat u vrijuit kan spreken. Tenzij u liever toch met naam genoemd wordt in het rapport?

Indien men verder vragen heeft, kan men contact opnemen met prof. Baldwin Van Gorp van de KU Leuven.

Alle vragen hebben betrekking op de eigen mening en ervaringen van de geïnterviewden, waarbij het in principe niet nodig is om de mening van de organisatie waarvoor men werkzaam is te verwoorden.

DEEL 1: Eigen visie zonder sturing

1. Er bestaan heel wat psychische aandoeningen. We gaan het hier niet over specifieke aandoeningen hebben, maar het staat u vrij toch specifieke aandoeningen te benoemen. De bedoeling is echter om het hele spectrum aan aandoeningen te bestrijken. Als ik u vraag om te omschrijven wat voor u een “psychische aandoening” is, wat zou u dan antwoorden?

DEFINITIE

Verdere vragen

- Wat zijn de kenmerken?
- Wat is het onderscheid met niet-psychische aandoeningen?
- Is het voor u een vaag begrip, of iets erg concreet?
- Aan welke aandoeningen denkt u spontaan bij ‘psychische aandoeningen’?

2. Als u één beeld zou moeten gebruiken om aan een leek uit te leggen wat een psychische aandoening is, welke beeld zou u dan kiezen?

BEELD

Verdere vragen

- Waarom dat beeld?
- Heeft u het beeld al eens gebruikt? Wat waren de reacties?

3. Waar situeert u de voornaamste oorzaak of oorzaken voor psychische aandoeningen?

OORZAAK

Verdere vragen

- Eén of meerdere oorzaken?
- Hoe moeilijk of eenvoudig is het om die oorzaak aan te duiden?
- In welke mate situeert men de oorzaak bij het individu in kwestie? [genetisch, karakterieel, trauma, ...]
- In welke mate situeert men de oorzaak bij de samenleving? [stress, druk, ...]
- Concretisering?

4. Wat zijn de voornaamste gevolgen van psychische aandoeningen (a) voor het individu; (b) de directe omgeving; (c) de samenleving

GEVOLGEN

Verdere vragen

- Is het mogelijk om die gevolgen een procesverloop te onderkennen? [aanvaarding, schaamte, ...]
- Concretisering?

5. Waar situeert u de oplossing voor psychische aandoeningen, en welke vorm kan deze (het beste) aannemen?

OPLOSSING

Verdere vragen

- Wat is de rol van de betrokkene in deze oplossing?
- Wat is de rol van de gezondheidszorg bij deze oplossing?
- Wat is de rol van de samenleving bij deze oplossing?
- Concretisering?

DEEL 2: Eigen visie met sturing

6. Hierbij een aantal alternatieve definities van een psychische aandoening. Kan u aangeven in welke mate u deze herkent in uw 'praktijk', dus in uw professionele werkomgeving?

- 1) Een psychische aandoening ... is een angst inboezemend en allesbepalend kenmerk van sommige onberekenbare individuen
- 2) Een psychische aandoening ... is de veruitwendiging van een gevoeligheid, kwetsbaarheid of aanleg, die echter slechts één van de vele facetten van een mens uitmaken
- 3) Een psychische aandoening... is een uiting van een bijzondere karaktertrek of mentale kracht; het is iets dat enkel weggelegd is voor buitengewone mensen of voor mensen die als uniek willen gezien worden
- 4) Een psychische aandoening ... is een probleem dat mensen zichzelf aandoen door

- een gebrek aan (voldoende) zelfcontrole
- 5) Een psychische aandoening ... is een begrijpbare reactie op een externe, traumatiserende gebeurtenis in het leven
 - 6) Een psychische aandoening ... is de schaduwzijde van de persoon in kwestie, die zijn of haar leven overneemt, voortdurend op de loer ligt en bekampt moet worden
 - 7) Een psychische aandoening ... is een ware beproeving, maar ze biedt eveneens kansen om zichzelf te herdefiniëren en te groeien, met inspanning en de hulp van anderen
 - 8) Een psychische aandoening ... zorgt voor een niet voorziene wending in het leven, het is een last en wispelturigheid waarmee de persoon moet leren omgaan
 - 9) Een psychische aandoening ... is een uiting van zwakte van iemand die niet mee kan, die niet aan de verwachtingen in de moderne maatschappij voldoet
 - 10) Een psychische aandoening ... is niet ingebeeld, maar een waarneembaar lichamenlijk defect dat meetbaar is, of: de wens of hoop dat ze dat zou zijn
 - 11) Een psychische aandoening ... is zodanig vaag dat er een industrie is rond ontstaan, van middeltjes, therapeuten en wetenschappelijk onderzoek, die allen een graantje willen meepikken van het lijden van anderen
 - 12) Een psychische aandoening ... is een symptoom van een samenleving die te veeleisend is geworden en die structureel stresserend en destructief is

Verdere vragen

- Welke hebben uw voorkeur? Welke niet? Kan u ze rangschikken?

Koning Boudewijnstichting,
stichting van openbaar nut
Brederodestraat 21, 1000 Brussel
info@kbs-frb.be 02-500 45 55
Giften vanaf 40 euro op onze rekening
IBAN: BE10 0000 0000 0404
BIC: BPOTBEB1 geven aanleiding tot
een belastingvermindering van 45 %
op het werkelijk gestorte bedrag.

Koning Boudewijnstichting

Samen werken aan een betere samenleving

De Koning Boudewijnstichting heeft als opdracht bij te dragen tot een betere samenleving.

De Stichting is in België en Europa een actor van verandering en innovatie in dienst van het algemeen belang en van de maatschappelijke cohesie. Ze zet zich in om een maximale impact te realiseren door de competenties van organisaties en personen te versterken. Ze stimuleert doeltreffende filantropie bij personen en ondernemingen.

Integriteit, transparantie, pluralisme, onafhankelijkheid, respect voor diversiteit en bevorderen van solidariteit zijn haar belangrijkste waarden.

Haar actiedomeinen momenteel zijn armoede en sociale rechtvaardigheid, filantropie, gezondheid, maatschappelijk engagement, ontwikkeling van talenten, democratie, Europese integratie, erfgoed en ontwikkelingssamenwerking.

De Koning Boudewijnstichting werd opgericht in 1976, toen Koning Boudewijn 25 jaar koning was.

Dank aan de Nationale Loterij en aan alle schenkers voor hun gewaardeerde steun.

www.kbs-frb.be

Abonneer u op onze e-news goededoelen.be

Volg ons op



PUB N° 3466

**Een inspirerende kijk op de beeldvorming
over personen met psychische problemen**